FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 juillet 1898 à 1 heure

Par GEOFFROY-SAINT-HILAIRE
Né à Vault-de-Lugny le 21 janvier 1871
Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

ŒDÈMES ABDOMINO-PELVIENS
EN GYNÉCOLOGIE
(Présclérose)

Président : M. PINARD, *professeur*.

Juges MM. HAYEM, *professeur*.
LETULLE et VARNIER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1898

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 juillet 1898 à 1 heure

Par GEOFFROY-SAINT-HILAIRE

Né à Vault-de-Lugny le 21 janvier 1871

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

ŒDÈMES ABDOMINO-PELVIENS
EN GYNÉCOLOGIE
(Présclérose)



Président : M. PINARD, *professeur*.

Juges { MM. HAYEM, *professeur*.
LETULLE et VARNIER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
ANDRE		NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN		WALTHER
BROCA	HEIM		WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secretaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR STAPFER

Ex-chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris.

Mon cher Maitre,

Permettez-moi de vous dédier ce travail. La bienveillance que vous m'avez toujours témoignée, m'a encouragé à placer sous votre protection mes premiers pas.

J'ai pu pendant plus d'une année rester votre assistant et profiter de vos leçons. C'est un bienfait dont j'apprécierai toujours la valeur, car si à vos élèves vous enseignez la clinique et la science gynécologique, vous leur enseignez aussi par votre exemple les devoirs et les vertus professionnels.

Que les maîtres qui nous ont enseigné l'art et les sciences médicales et appris à les aimer, reçoivent le témoignage de notre vive gratitude et de notre profond respect.

Nous remercions tout particulièrement MM. Gaucher, J. Championnière et Lyot dont nous avons été l'externe.

Que M. le Professeur Pinard veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES

ŒDÈMES ABDOMINO-PELVIENS

EN GYNÉCOLOGIE

(*Présclérose*)

PRÉFACE

Il y a un an environ le hasard nous fournit l'occasion de parcourir un ouvrage que venait de publier le Dr Stapfer «*Traité de kinésithérapie gynécologique*», dans lequel il décrit des lésions spéciales du tissu conjonctif qu'il considère comme le principe de ce qu'il a appelé la «*misère gynécologique* ». Il leur donne pour origine les troubles vaso-moteurs, et les appelle *œdèmes abdomino-pelviens*, ou cellulite abdomino-pelvienne. L'importance qu'il leur accorde est telle, qu'il dit dans son service : « Cette notion jette un flot de lumière sur la physiologie, la pathologie et la thérapeutique génitales de la femme. Elle verse de l'eau claire dans la bouteille d'encre de la gynécologie ».

Pendant les quinze mois que j'ai travaillé sous ses conseils, j'ai observé avec grand intérêt les soulagements, les guérisons, qu'il obtenait en ne soignant ses malades que par la méthode de Brandt.

Cette méthode, dont la valeur thérapeutique n'est plus à démontrer, tant les résultats qu'elle donne et qu'elle a donnés, sont beaux, consiste en légères manœuvres manuelles exercées sur la paroi abdominale autour de l'utérus, ainsi qu'en exercices gymnastiques. Elle comprend l'un et l'autre, bien que dans certains cas, il soit indiqué de séparer ces deux facteurs thérapeutiques, ou d'employer l'un à l'exclusion de l'autre.

C'est pour cette raison que M. Stapfer a créé ou cru créer (1) pour désigner cet ensemble, le mot de kinésithérapie gynécologique qui signifie traitement des maladies des femmes par le mouvement, et ne préjuge rien du genre de l'agent employé. J'ai vu dans le service de consultation gynécologique de la clinique Baudelocque nombre de malades qui traînaient leur souffrance d'hôpital en hôpital, ayant tout fait pour se guérir, ayant essayé de toutes les méthodes, n'ayant jamais obtenu ni guérison, ni amélioration et qui, grâce au traitement de Brandt, appliqué par le M. Stapfer, recouvraient la santé, l'indépendance, la vie.

1. Stapfer. Le mouvement (κινησις), étant la base du traitement de Brandt, je forgeai le mot kinésithérapie. J'étais encore tout fier de cette création quand l'idée me vint que Littré pouvait bien avoir connu le mot avant moi, et je le trouvai dans son Dictionnaire. Ces désillusions ne sont pas rares. N'invente pas qui veut. (Comment on fonde une méthode, 1898, page 13).

J'en ai soigné chez lesquelles l'opération avait été déclarée urgente, auxquelles il a pu épargner l'intervention chirurgicale, qu'il a guéries, ou tellement améliorées qu'à nouveau elles sont devenues mères.

J'ai vu des opérations, faites après un certain temps de traitement kinésique, singulièrement facilitées, car les organes avaient été mobilisés, le diagnostic s'était précisé, et l'état général s'était relevé.

Ce n'est cependant pas tout ce que j'ai observé, tout ce que j'ai vu, tout ce que j'ai senti, que je désirerais exposer dans ce travail, car ce n'est pas une étude du traitement kinésique que je veux faire ici.

Ce sont les altérations chroniques, les infiltrations du tissu cellulaire du paramètre que M. Stapfer a décrites sous le nom d'*œdèmes abdomino-pelviens*, et dont je parlais tout à l'heure.

Ce sont les œdèmes mous ou durs, localisés ou généralisés à tout le tissu cellulaire du bassin, fugaces ou persistants que nous voudrions étudier ici.

Disons tout de suite, qu'il ne faut pas les confondre avec les collections séreuses qui peuvent se développer au voisinage de l'utérus et de ses annexes, au moment des poussées aiguës de pelvi-péritonite.

Nous n'avons pas à raconter la mission de M. Stapfer en Suède, mais nous indiquerons simplement son origine. Il trouvait la thérapeutique gynécologique la plus généralement appliquée insuffisante et dangereuse ; il la trouvait aussi irrationnelle et empirique, le pire de ces empirismes lui paraissant être l'empirisme chirurgical.

Il lui semblait, que tous ces traitements, uniquement

symptomatiques, n'agissaient pas sur les causes qui engendrent la misère gynécologique.

Revenant à une ancienne théorie, il a supposé que le microbe n'était pas tout dans les affections génitales et que la circulation devait y jouer un rôle prépondérant; la permanence des états congestifs déterminant par l'obstacle qu'ils apportent aux fonctions normales des tissus, des modifications telles que ceux-ci finissent par perdre complètement leurs propriétés.

Convaincu de la vérité de sa conception, croyant voir dans la méthode kinésique un puissant modificateur des vaisseaux sanguins et de ce que Claude Bernard appelait « le milieu intérieur », persuadé que telle était la véritable interprétation des succès de Brandt, il mit à l'étude le système du maître ; après l'observation clinique, l'expérimentation physiologique (thèse de Romano) est venue lui donner la démonstration de ses hypothèses et lui montrer l'action puissante de son traitement sur le système cardio-vasculaire ; c'est grâce à cette action sur le système cardio-vasculaire que le traitement agit sur l'état général. C'est un tonique du cœur et des vaisseaux.

C'est aussi par cette rééducation des centres vaso-moteurs qu'il agit localement. *Il dissipe les œdèmes et prévient la sclérose.* Stapfer.

Justifier cette idée, en montrant la filiation histologique de ces divers phénomènes, reproduire expérimentalement au moins l'une des formes de l'œdème abdomino-pelvien, présenter son histoire clinique, suivant les formes classiques, tel est le but que nous visons dans cette thèse.

CHAPITRE I

Anatomie et physiologie.

Au cours de cette étude, nous aurons sans cesse à nous occuper de l'utérus et de ses annexes, de leur situation, de leurs rapports, du *tissu conjonctif* qui les unit, du péritoine qui les recouvre.

Nous croyons utile de donner sur l'anatomie de cette région quelques détails qui nous intéressent spécialement.

L'utérus occupe le centre de l'excavation, il est en anteversion plus ou moins marquée à l'état physiologique. Ses axes sont légèrement anté-courbés.

L'inclinaison en avant varie avec l'attitude, elle se prononce quand la femme est dans la station debout.

Les ligaments larges forment avec l'utérus la cloison médiane qui divise le pelvis en deux loges ; leur bord supérieur présente trois ailerons ou replis, destinés à renfermer chacun un organe. L'aileron antérieur contient le ligament rond ; l'aileron postérieur le ligament de l'ovaire et l'aileron moyen la trompe de Fallope.

L'appareil suspenseur annexiel est très lâche et résiste d'autant moins au poids de l'ovaire et de la trompe congestionnés, que ces organes sont appendus à un véritable méso signalé par M. Delbet dans son « *Traité de suppurations pelviennes* ». Grâce à ce méso, la trompe comme l'ovaire, d'ailleurs, suivant la laxité des membranes qui les fixent, glissent en arrière plus ou moins bas, sur le plan incliné formé par les ligaments larges et les ligaments de Douglas.

Les ligaments larges sont constitués par l'accollement de deux feuillets péritonéaux au milieu desquels on trouve des fibres musculaires lisses, se continuant avec la couche superficielle des fibres utérines, des vaisseaux, des nerfs et une *quantité considérable de tissu conjonctif qui se continue avec le tissu celluleux sous-péritonéal*, recouvre l'aponévrose périnéale supérieure et tapisse les faces latérales de la vessie, la fosse iliaque interne et les parois rectales.

Les ligaments utéro-sacrés (Ligaments de Douglas), naissent de la face postérieure du col de l'utérus. Ces deux ligaments, le droit et le gauche, en forme de faux, contournent les faces latérales du rectum et vont se fixer aux 3e et 4e vertèbres sacrées. Ils comprennent dans leur épaisseur des fibres musculaires, émanations de celles de l'utérus, du tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs. A l'état normal le bord libre de ces ligaments est mince et presque tranchant,et on peut quelquefois les suivre facilement de l'utérus au sacrum en pratiquant le toucher rectal.

La couche péritonéale qui revêt le fond et la moitié supérieure de l'utérus est tellement adhérente au tissu uté-

rin qu'on ne peut les séparer malgré la dissection la plus attentive ; mais au voisinage de l'isthme, le péritoine s'éloigne de l'utérus et se porte en avant sur la vessie, formant ainsi le cul-de-sac péritonéal antérieur.

Entre la séreuse et l'insertion du vagin sur le col, c'est-à-dire, entre le cul-de-sac péritoénal et le cul-de-sac antérieur du vagin, il y a donc une région constituée par du tissu conjonctif lâche, peu riche en tissu graisseux.

En arrière, à peu près à la même hauteur, le péritoine s'éloigne également de l'utérus pour tapisser à droite et à gauche une masse fibro-conjonctive, qui forme, ainsi recouverte par la séreuse, les ligaments utéro-sacrés ou replis semi-lunaires de Douglas. Il descend ensuite à deux centimètres au-dessous du col de l'utérus, doublant une petite portion de la paroi vaginale postérieure. Se réfléchissant alors en haut et en arrière, pour aller rejoindre la paroi sacrée, le péritoine forme le cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac utéro-rectal ; *sous ce revêtement séreux, on trouve ici encore, une épaisse couche de tissu conjonctif lâche.*

Latéralement, le péritoine est beaucoup moins adhérent au muscle utérin qu'il ne l'est en avant et en arrière ; il s'en éloigne progressivement de haut en bas pour former les deux feuillets du ligament large avec ses trois ailerons.

Il existe donc sur les côtés de l'utérus, un vaste espace occupé par du tissu conjonctif riche en vaisseaux lymphatiques et sanguins. Cette couche cellulaire se continue directement avec celle qui tapisse le bassin.

En somme, si on regarde l'ensemble des dispositions anatomiques que nous venons d'indiquer, on voit,qu'il y a, à partir de l'isthme, tout autour de l'utérus, une couche de tissu conjonctif lâche, très vasculaire qui pourra être le siége d'œdémes et d'infiltrations comme il s'en produit dans tant d'autres régions.

Toute cette région est irriguée très abondamment d'une part, par une branche de l'artère hypogastrique, l'artère utérine, d'autre part, par l'artère utéro-ovarienne qui naît directement de l'aorte; ces deux troncs artériels s'anastomosent à plein canal, formant une arcade d'où se détachent les artères de l'ovaire au nombre de dix ou douze ainsi que tous les rameaux se rendant aux annexes et aux ligaments. Ces artères, ainsi que leurs branches de divisions, sont très flexueuses, contournées en spirales, plus ou moins pelotonnées et constituent de véritables artères hélicines.

Les veines utérines ou sinus utérins adhèrent intimement au tissu musculaire et prennent pendant la grossesse un énorme développement. Sorties de l'utérus, elles se réunissent aux veines qui viennent de la trompe et de l'ovaire et forment dans le ligament large un vaste plexus, le plexus utéro-ovarien. Les veines forment tout autour des organes pelviens un inextricable réseau, un filet à mailles serrées, dans lequel le sang circule lentement, péniblement; rien ne vient aider la marche du sang, ni en faciliter la circulation, ces veines sont anastomosées à plein canal, elles n'ont pas de valvules, les contractions musculaires qui jouent un rôle très important dans la propulsion du sang, ont une action incertaine sur son

cours dans les vaisseaux qui traversent le parenchyme et nulle dans ceux qui sont plongés dans le tissu cellulaire.

De véritables paquets de varices peuvent se former et on peut rencontrer des dilatations veineuses considérables.

Sappey dans son *Traité d'anatomie* dit : Deux fois, j'ai rencontré sur le trajet d'une branche de l'artère utéro-ovarienne des renflements variqueux qui égalaient le diamètre d'une noisette.

Tillaux cite le fait suivant : « En opérant un très gros fibrôme primitivement développé dans le ligament large gauche, je trouvai un cordon violacé du volume de l'intestin grêle se dirigeant en haut vers le rein gauche et qui, je dois le dire, me dérouta d'abord singulièrement, c'était un énorme varicocèle des veines utéro-ovariennes(1).

Tripier (2) a longuement étudié les varices viscérales et en particulier celles de la région pelvienne ; il a montré leur rôle et leur fréquence et y a rattaché bien des troubles, que nous rattacherons comme lui, aux altérations de la circulation abdomino-pelvienne.

Quand, dans ce territoire vasculaire complexe, la circulation est normale et les organes génitaux indemnes, « l'écoulement menstruel paraît tous les 28 jours en commançant à compter du premier jour de l'écoulement, qui se produit sans douleurs, est fluide, rouge d'emblée, toujours

1. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique*, p. 902.

2. Tripier. *Varices viscérales. Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1888.

modéré mais augmente rapidement et graduellement pour diminuer de même et disparaître, le tout dans un espace de cinq à sept jours au maximum. C'est là ce qu'on pourrait appeler les règles idéales ».

« Pendant la période intercalaire, jusqu'au vingtième jour environ, aucun malaise ni général ni local, ne se manifeste. A ce moment paraissent quelques troubles vaso-moteurs légers, localisés, abdomino-pelviens et généraux, erratiques ».

« Réduits au minimum, ces troubles consistent en une modification de volume des seins et du ventre, en fugaces hyperesthésies, bouffées de chaleur, variations psychiques. A l'exploration bi-manelle, la peau, l'intestin, le paramètre sont un peu empâtés, les organes génitaux sont moins nettement perçus et semblent moins mobiles. Puis les selles deviennent molles, plus abondantes, fluides, parfois fétides et tout rentre dans l'ordre. Disparition des troubles vaso-moteurs erratiques, disparition des sensations locales subjectives et objectives. Le ventre et le paramètre sont souples, la mobilité des organes est accrue: l'écoulement sanguin paraît » (Stapfer). Cette description montre les légers troubles qui paraissent au moment des règles, chez la femme bien portante ils constituent le molimen prémenstruel physiologique, mais, que la circulation cesse d'être normale, qu'une cause quelconque vienne la modifier ou l'entraver, et ces troubles s'accentueront, se répéteront et se prolongeront comme nous allons l'expliquer. « Il y aura deux molimens au lieu d'un » (Stapfer).

Parmi les choses nouvelles que nous avons apprises dans le service de Baudelocque, celle-là, est l'une des

plus importantes et des plus neuves. Qu'est-ce donc que les molimens? Résumons à ce sujet l'enseignement de M. Stapfer.

Le mot existe depuis longtemps, et les phénomènes généraux qu'il exprime ont été de notion vulgaire avant de devenir scientifique, comme le prouvent les locutions populaires appliquées aux femmes : « c'est le sang qui les travaille ; c'est le sang qui les tourmente ; c'est le sang qui les cherche. »

Le molimen représente donc un ensemble de troubles locaux ou généraux, d'origine circulatoire, qui précèdent la venue des règles : ce sont des congestions de la face, des céphalées, des étourdissements, des palpitations de cœur, irrégularités du pouls, agitation du sommeil, pesanteurs abdominales, éruptions herpétiques, etc., etc.

Le volume du ventre augmente, la paroi est tendue et sensible, le paramètre tout entier est le siège d'un empâtement diffus qui masque le volume réel des organes, change leur consistance et modifie leurs rapports.

Au lieu d'un molimen, les femmes génitalement atteintes en ont deux ; en est-il de même pour celles dont les organes sont indemnes ? Oui, dans certains cas. Si le fait était généralisé il justifierait la théorie des pontes intercalaires et les règles de quinzaine deviendraient un état physiologique. Mais nous n'avons pas constaté cette généralisation et les vierges indemnes qui l'accusaient étaient des arthritiques.

Le premier molimen succède immédiatement aux règles et finit vers le quinzième jour : il se termine soit par la disparition des malaises et de tous les troubles, soit par

une petite perte blanche, ou quelquefois par une perte rouge.

Le second molimen commence sept à huit jours avant les règles, et aboutit à l'écoulement menstruel. C'est au moment du molimen que les organes grossissent et non pas avant les règles, car immédiatement avant les règles le ventre devient souple, les organes génitaux deviennent mobiles, preuve que la circulation abdominale est devenue très active. Par une exception qui n'est pas très rare, cette irrigation active se manifeste plus tôt et les femmes peuvent voir paraître le sang le vingtième jour ainsi que le dixième jour.

C'est un phénomène que l'on constate chez les nouvelles accouchées ; en effet vers le dixième et le vingtième jour, le sang réapparaît dans les lochies ou augmente, s'il n'a pas complètement disparu.

Le molimen intercalaire est donc, comme nous l'avons dit, tantôt fruste, tantôt hémorrhagique, tantôt leucorrhéique.

Les troubles généraux et locaux sont très variables, depuis une simple sensation de poids et quelques modifications psychiques plus ou moins marquées jusqu'aux crises abdominales intenses, parfois fébriles, s'accompagnant d'induration et de ballonnement du ventre, bien qu'il n'y ait pas, en règle, d'inflammation de la séreuse ; bien souvent quand les troubles moliminaires sont intenses, on les confond, à tort croyons-nous, avec la pelvipéritonite.

Il y a quelquefois au moment du molimen de véritables auto-intoxications, causes d'éruptions cutanées multiples

et variées tant par leur siège que par leur nature.

Furoncles, éruptions herpétiques, démangeaisons, tous ces accidents disparaissent d'ordinaire par l'écoulement franc et régulier du sang. Nous disons auto-intoxication, car on ne peut guère admettre que subitement et périodiquement, les follicules sébacés s'infectent pour un temps limité. Il semble y avoir production de toxines, causes de ces accidents qui disparaissent quand l'écoulement menstruel est venu dépurer l'organisme et faciliter leur élimination. Quant aux démangeaisons, on pourrait leur attribuer la même origine. En tous cas elles s'accompagnent d'un état variqueux.

Quand la circulation abdominale est redevenue active, non seulement les troubles cutanés s'évanouissent, mais tous ces symptômes ; pesanteurs et douleurs disparaissent, les ligaments redeviennent souples, le ventre reprend sa consistance et sa tension normale, les trompes et les ovaires diminuent de volume.

Le molimen intercalaire joue donc un rôle capital dans la vie des femmes et représente avec le molimen menstruel une double crise périodique au moment desquelles tous les troubles s'exaspèrent. Les rétroversions douloureuses subissent une exacerbation, les utérus fixés paraissent plus solidement attachés, même s'ils avaient déjà été mobilisés ; les trompes et les ovaires s'œdématient, les ligaments s'infiltrent et se contractent douloureusement ; dans les états aigus ou sub-aigus la température s'élève. C'est le moment où les erreurs de diagnostic sont possibles, car, pour qui n'est pas en garde contre ces transformations du paramètre et contre ces poussées

sub-aiguës, le diagnostic porté sera grave et pourra entraîner facilement une indication thérapeutique inutile et quelquefois même préjudiciable (Stapfer).

Depaul avait observé ces crises intermenstruelles : « chez un certain nombre de femmes, sans que les époques menstruelles soient troublées dans leur manifestation, on observe habituellement, vers le milieu de l'espace intermenstruel des signes de la fluxion utérine et ovarienne tout à fait comparables à ceux qui accompagnent ce flux cataménial ; l'écoulement toutefois ne se produit pas, il semble que la congestion reste incomplète, que l'éréthisme utérin soit insuffisant pour la déterminer.

La douleur qui accompagne toujours ces congestions intermenstruelles disparaît dès qu'un écoulement s'est établi, qu'il soit ménorrhagique ou leucorrhéique ».

L'année dernière (1897), six mois après la publication du *Traité de Kinésithérapie gynécologique* de M. Stapfer, M. Bouilly a repris cette question dans un article: « Des poussées congestives intermenstruelles » (1), il dit que ce qui caractérise la crise intermenstruelle est d'apparaître d'une façon régulière, tous les mois, sans cause appréciable du 10e au 12e jour après la fin des règles. Cette crise peut durer quelques jours seulement ou se prolonger jusqu'à la nouvelle époque.

L'étiologie qu'il indique est à peu de chose près, en parfait accord avec celle qu'enseigne M. Stapfer dans son Traité. Suivant M. Bouilly, ces poussées congestives se produisent vers la trentaine, chez des femmes dont la santé

1. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet 1897.

générale est *d'ordinaire* bonne (Stapfer ne partage pas cette opinion); le ventre est indolent ou peu douloureux, mais bon nombre de ces malades ont eu à une époque plus ou moins éloignée une petite poussée inflammatoire abdominale, péri ou surtout paramétrite ayant succédé à un accouchement ou à un avortement ou survenant *sans cause appréciable* ».

Nous croyons que ces poussées congestives peuvent se manifester à tout âge, bien que ce ne soit pas la manière de voir de M. Bouilly, car nous en avons observées chez des femmes toutes jeunes et chez des vierges âgées à peine de 18 ans.

« Pas de lésions appréciables ou lésions annexielles légères, voilà ce que l'on trouve à l'examen local. En raison de l'uniformité constante des accidents et surtout de leur périodicité, on est amené à admettre l'influence de l'ovaire et à accepter l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle se passant du côté de cet organe, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation (*sic*) vaso-motrice de l'utérus, au point d'y provoquer une secrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorrhéïque » (Bouilly).

Comme M. Stapfer, M. Bouilly admet donc que ces troubles moliminaires relevent de poussées conjestives, de modifications de l'innervation vaso-motrice qui créent un état sub-pathologique chez les femmes dont les organes pelviens sont indemnes et un état franchement pathologique chez celles qui sont génitalement atteintes.

L'utérus est tout entier sous l'action immédiate de l'innervation vaso-motrice, (Keiffer) et toute cause qui modifie cette innervation engendre des troubles variés.

CHAPITRE II

§ 1. — *Définition. Siège anatomique. Historique.*

Les œdèmes se définissent d'eux-mêmes, ce sont des infiltrations.

Ils siègent dans le tissu cellulaire des organes génitaux de la femme, dans celui qui les revêt, dans celui qui contribue à former les ligaments suspenseurs de l'appareil utéro-annexiel et tapisse le petit bassin, dans celui qui entoure les viscères.

Voilà pourquoi nous les désignerons sous le nom général d'*œdème abdomino-pelvien.*

L'importance et la fréquence de ces œdèmes doivent leur faire donner une place dans le syndrôme utérin, terme générique dans lequel M. Pozzi englobe tous les grands symptômes qui accompagnent les affections génitales quelles qu'elles soient, métrite chronique, endométrite catarrhale, corps fibreux, cancer ou salpingite, de même que Beau a groupé dans le syndrôme asystolie tous les phénomènes des maladies du cœur arrivées à la période de surme-

nage cardiaque, qu'il s'agisse de lésions mitrales, tricuspidiennes ou aortiques (Pozzi).

Si les traits du syndrôme utérin sont la douleur, la leucorrhée, la dysménorrhée, la métrorrhagie, ainsi que des troubles du côté de la vessie et du rectum, du tube digestif et du système nerveux (Pozzi) on doit compléter cet ensemble par le symptôme œdème qui ne manque jamais, apparaissant parfois comme première manifestation de l'affection débutante et ne disparaissant que quand la guérison est proche.

Les auteurs qui se sont occupés des lésions du paramètre, accordent le plus souvent un rôle prépondérant aux altérations de la séreuse péritonéale, ne considérant les lésions du tissu conjonctif que comme secondaires ou insignifiantes.

Ce n'est pas notre opinion ; quoique l'œdème ne soit qu'un symptôme, il joue au contraire un rôle capital dans les affections gynécologiques.

Examinons ce que pensent les auteurs à ce sujet. Gendrin, Nonat (1), Valleix (2) ont longuement étudié les inflammations péri-utérines et ont localisé les collections séreuses ou purulentes qui se développent au voisinage de l'utérus et autour de l'isthme dans le tissu cellulaire existant entre les feuillets du ligament large.

Bernutz et Goupil (1) refusent tout espèce de rôle au

1 Nonat. *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 57, 110, 129.

2. Valleix. *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin Union médicale* 5e série, tom. IX p. 285-419.

3. Bernutz et Goupil. *Cliniques Médicales sur les maladies des femmes*, 1852.

tissu cellulaire et prétendent que l'inflammation péri-utérine doit être attribuée sans exception à des inflammations du péritoine pelvien, à des pelvi-péritonites.

Aran (1) accorde une part prépondérante au tissu cellulaire dans l'inflammation péri-utérine, et réfutant la théorie de Bernutz et Goupil, qui disaient qu' « étant donnée l'adhérence intime du péritoine au muscle utérin, il ne pouvait y avoir inflammation du tissu cellulaire sans participation constante de la séreuse », il dit « La quantité de ce tissu cellulaire et sa laxité augmentent à mesure qu'on se rapproche du bas fond du bassin, de sorte que, c'est précisément autour du col de l'utérus, en arrière et latéralement, que ce tissu offre les conditions les plus favorables à l'inflammation ».

Mattheus Duncan et Simpson admettent que le tissu cellulaire et la séreuse peuvent être intéressés ensemble ou séparément. Virchow dit également que l'inflammation peut être limitée à l'un ou à l'autre tissu et crée pour exprimer ces idées les termes de périmétrite pour désigner l'inflammation du péritoine et celui de paramétrite pour désigner celle du tissu cellulaire.

J. L. Championnière attribue dans l'inflammation péri-utérine le rôle principal au système lymphatique aussi bien pendant l'état puerpéral que lorsque l'utérus est en état de vacuité ; idée *en partie* conforme à la nôtre, le tissu conjonctif n'étant qu'un vaste réseau lymphatique.

Avec lui, Guénau de Mussy, Siredey, Martineau, admettent l'adéno-lymphite, ne désignant sous ce terme qu'une

1. Aran. *Maladies de l'utérus*, 1858.

inflammation circonscrite péri et paramétritique, qui en somme n'est qu'un œdème.

Avec ces auteurs l'interprétation lymphatique domine tout et il semble, qu'il ne reste plus rien au rôle réel que jouent dans l'inflammation et le tissu cellulaire et le péritoine.

Signalons pour mémoire la théorie d'Alphonse Guérin du ganglion juxta-pubien.

Tillaux écrit :

« L'inflammation peut rester limitée au ligament large, passer à l'état chronique et former ces tumeurs dures rappelant la consistance du tissu fibreux, qui disparaissent si lentement. L'utérus se trouve alors immobilisé, la vessie et le rectum sont refoulés, comprimés.

Quant à la part respective que prennent à la production du phlegmon du ligament large, le péritoine et le tissu conjonctif compris dans son dédoublement, cela me paraît fort difficile à établir, d'autant plus que souvent les deux éléments y participent. »

Aran, devançant son époque, subordonnait la pelvi-péritonite à l'inflammation de la trompe et de l'ovaire, et du même coup, admettait que la pelvi-péritonite ne succède à ces altérations annexielles, qu'après que le tissu cellulaire a été atteint par l'inflammation qui peut rester limitée au tissu cellulaire, sans envahir nécessairement le péritoine.

Nous nous rallions à cette opinion, mais nous nous expliquerons en détail tout à l'heure.

Ce que nous constatons, c'est que les auteurs les plus

autorisés sont peu d'accord pour faire une démarcation exacte entre l'inflammation péri et para-utérine.

Pour nous cette démarcation existe. Il est, relativement à la fréquence des œdèmes, exceptionnel que le péritoine se prenne. C'est cette rareté de la pelvi-péritonite et cette fréquence des altérations limitées au tissu cellulaire que démontrent nos observations cliniques et que prouvent les résultats du traitement kinésique.

II. — *Division. Siège topographique. Nature.*

Nous avons cru devoir diviser avec Stapfer (1) les œdèmes abdomino-pelviens en deux variétés : 1° Les œdèmes séreux, simples troubles de fonction qui peuvent s'observer chez les femmes dont les organes génitaux sont absolument indemnes et à plus forte raison chez celles qui présentent des altérations annexielles ;

2° Les œdèmes fibro-plastiques (2) qui accompagnent ou précèdent les affections de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus. Ce ne sont plus de simples troubles fonctionnels, car ils sont sous la dépendance, le plus souvent, d'un processus inflammatoire subaigu qui les engendre

1. Stapfer. « *Comment on fonde une méthode.* » Leçon professée à Baudelocque.

2. Ce n'est pas dans le sens d'infiltrations sarcomateuses que nous employons ce terme, mais dans le sens qu'on lui accordait autrefois ; par œdème fibro-plastique, nous entendons des œdèmes dérivant le plus souvent d'un processus inflammatoire, accompagnés d'altérations, de modifications des éléments du tissu conjonctif. (*Fibres conjonctives, fibres élastiques, cellules conjonctives, infiltration leucocytaire*).

et ils persistent après que toute trace inflammatoire a disparu, créant ainsi le facteur principal de la chronicité gynécologique, puisque en plus de l'infiltration il y a hyperplasie conjonctive ; c'est l'exsudat des Allemands.

Le plus souvent les annexes, trompe et ovaire, ou l'un des deux font partie de la tumeur que fait percevoir le palper combiné au toucher.

Ces œdèmes doivent être bien distingués de ce que M. Bouilly a décrit sous le nom d'exsudats séreux juxta-utérins et de ce que M. Pozzi appelle la péri-salpingite séreuse. Ces collections liquides séreuses ou séro-purulentes qui se développent autour d'une trompe suppurée par exemple, qui s'enkystent et s'accompagnent d'adhérences multiples sont le fait de la pelvi-péritonite. Tout autre sont les œdèmes que nous étudions.

Les *œdèmes séreux* ne sont que l'exagération de ce qui se passe normalement dans les tissus. La lymphe qui imprègne les tissus est un produit de transsudation du sang qui passe des lacunes des tissus dans les vaisseaux lymphatiques, et arrive dans la circulation veineuse par le canal thoracique.

Toute augmentation de l'issue dans les tissus du plasma sanguin détermine dans la région une plus forte imbibition qui est compensée par une augmentation de la circulation lymphatique, mais celle-ci a des limites et au bout d'un temps variable, l'infiltration des tissus par l'exsudat sanguin dépasse la normale (1), c'est cet état que nous désignons sous le nom d'œdèmes séreux, œdèmes résul-

1. Ziegler. *Anatomie pathologique*, page 100.

tant de l'accumulation des liquides dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.

On l'observe chez la majorité des femmes, mais *très peu* marqué chez les femmes saines, il est nettement appréciable quand il y a lésion génitale, à certains jours, à certaines époques du mois ; les organes sains grossissent alors, se gonflent, changent de consistance. Ils perdent leur mobilité, ou leur mobilité est moindre ; ils sont œdématiés, mais cette infiltration est passagère, elle disparaîtra d'elle-même, quand le molimen qui l'a causée sera terminé, surtout si un traitement rationnel vient aider la circulation de retour, tant veineuse que lymphatique à drainer cette région infiltrée.

En pratiquant le traitement kinésique on sent sous la main les organes gros, diminuer de volume, reprendre une consistance normale, une mobilité absolue. Rien n'est plus facile à percevoir et plus saisissant que l'évanouissement de ces empâtements.

C'est cette infiltration du tissu conjonctif qui rend souvent si obscure la délimitation des organes pelviens ; quand on touche une femme et que l'on cherche à reconnaître volume et situation du système utéro-annexiel, il arrive bien souvent que la topographie de la région est difficile à faire, presque impossible car les sensations perçues sont vagues et incertaines ; la paroi abdominale est épaissie et a perdu sa souplesse ; la main qui cherche à la déprimer pour plonger vers les organes, a de la peine à descendre au devant du doigt qui touche. On sent le fond de l'utérus, mais les fosses iliaques sont empâtées et à travers cette pâte on sent d'une façon confuse des

masses de consistance et de volume anormales, ce sont les ligaments et les annexes, mais on ne saurait dire quelles sont leurs limites et leur forme.

Cet œdème séreux, simple trouble de fonction, ne constitue pas un état pathologique véritable ; c'est un symptôme constant qui indique que la circulation abdominale n'est pas normale, qu'elle est ralentie, qu'il y a congestion des organes pelviens, c'est un état sub-pathologique.

Quand ces œdèmes se produisent chez une femme dont les organes génitaux sont indemnes, on doit considérer leur présence comme un avertissement et redoubler de soins pour que cet état sub-pathologique ne se transforme pas en un état pathologique.

L'œdème fibro-plastique n'est pas comme l'œdème séreux une infiltration diffuse, bien qu'il s'accompagne souvent de ce trouble fonctionnel.

Dans la plupart des cas, l'œdème fibro-plastique est circonscrit, bien limité, formant des tumeurs de volume variable, qui, grosses comme une noix peuvent quelquefois atteindre du jour au lendemain un volume trois ou quatre fois plus considérable pour revenir ensuite à leurs dimensions primitives. Leur consistance change comme leur volume d'un jour à l'autre. Molle ou pâteuse, dure ou parfois rénitente, pouvant faire croire à la présence d'une collection liquide, donnant au toucher la sensation d'un tissu coriace, d'une racine de choux, tels sont leurs différents aspects.

Le siège de ces œdèmes est extrêmement variable et nous avons pu les observer en un point quelconque du

paramètre bien que le plus souvent ils soient péri-annexiels ou péri-isthmiques ; ils forment une coque autour de l'organe, ou d'autres fois sont comme coiffés par lui, ils le déforment, le défigurent et contribuent souvent, à son déplacement.

Ce sont ces œdèmes qui, le plus souvent constituent ce qu'on est habitué à appeler péri-salpingite, péri-oophorite, para-métrite.

L'évolution de ces tumeurs montre bien qu'elles diffèrent en tout point de l'œdème séreux. Dérivant le plus souvent d'un processus inflammatoire, consécutives dans la majorité des cas à une altération annexielle, elles procèdent par poussées sub-aiguës et s'installent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal autour de l'organe lésé qui les a engendrées.

La chronicité remplace vite l'état sub-aigu primitif, quelquefois même elles sont chroniques d'emblée, n'ayant aucune tendance ni à l'inflammation, ni par conséquent à la suppuration, et se manifestent par des troubles variés, des symptômes peu graves en général, quelquefois même éveillant à peine l'attention de la malade.

Si les causes qui engendrent l'œdème fibroplastique sont en général les mêmes que celles qui produisent l'œdème séreux, il vient s'y joindre le plus souvent, et l'inflammation, et des lésions organiques, car ces œdèmes s'accompagnent d'altérations du système vasculaire et du système vaso-moteur ainsi que de modifications cellulaires, puisqu'ils sont la manifestation d'un processus inflammatoire dont l'origine peut être quelconque.

Cette inflammation débute toujours par un premier ac-

e, toujours le même, malgré les différentes formes sous lequel il se présente : le bouleversement fonctionnel et en particulier la perturbation nutritive des éléments cellulaires (1).

Les théories de l'inflammation nous montrent les différentes phases qui se succèdent pour aboutir à l'exsudat interstitiel qui constitue bien notre œdème fibro-plastique. Dilatation vasculaire, accélération, puis ralentissement du cours du sang, diminution de la pression, margination des leucocytes et enfin diapédèse et exsudation.

Si cette explication n'est pas admise par tous aujourd'hui, on reconnaîtra que toute cause inflammatoire frappe d'abord sur une certaine catégorie d'éléments cellulaires. Virchow veut que ce soient les cellules fixes, c'est-à-dire la cellule conjonctive ; Connheim incrimine la cellule endothéliale vasculaire, mais ces deux espèces de cellules sont considérées maintenant comme un élément unique, différemment adapté pour les besoins du travail qui lui est imposé.

Signalons ici pour mémoire une forme spéciale d'œdèmes que les Suédois ont décrite et appelée cellulite, mot qui prête à la confusion. Nous rattachons cette variété, à la variété fibro-plastique. Elle accompagne quelquefois les lésions génitales, mais elle peut exister en dehors de ces lésions. Elle ne tend pas à la suppuration.

Elle siège surtout dans la paroi abdominale mais peut se manifester sur un autre point du tissu conjonctif. On

1. Letulle. *L'inflammation*, page 16.

l'a signalée dans le tissu cellulaire du fond du bassin, dans les ligaments, dans le tissu adipeux du creux ischio-rectal, dans les attaches du muscle releveur de l'anus.

Cet œdème spécial affecte des formes diverses. Dans la paroi abdominale il se présente sous forme de noyaux œdémateux diffus ou circonscrits.

Dans ce dernier cas leur volume varie d'un grain de gruau de la grosseur d'une noisette.

Ces nodosités que l'on peut appeler rhumatismales sont suivant M. Stapfer, dans la grande majorité des cas, la cause des névralgies de Beau et Valleix. *Névralgies qui s'observent chez les rhumatisants, classe nosologique à laquelle appartiennent une très grande quantité de femmes génitalement atteintes.*

Cette variété d'œdèmes a été étudiée en France par M. Stapfer qui le décrit dans son *Traité de kinésithérapie gynécologique.*

La tumeur œdémateuse péri-annexielle est le plus souvent indépendante de la séreuse péritonéale.

Nous croyons, en effet, que le tissu conjonctif seul est lésé bien que parfois la tumeur puisse atteindre un volume considérable. Cependant, étant donnés les rapports intimes du tissu cellulaire et du péritoine, il est certain que lorsqu'une poussée inflammatoire aiguë se produit, l'inflammation ne reste pas cantonnée dans le tissu cellulaire et envahit le péritoine, mais cette propagation ne nous semble pas nécessaire, de sorte que, certainement, il peut y avoir poussée d'œdème sans que fatalement la séreuse soit intéressée.

Les tumeurs œdémateuses peuvent être très volumineuses, siégant en avant, en arrière ou sur les côtés de l'utérus auquel elles sont plus ou moins intimement soudées, sans qu'il y ait péritonite.

Nous nous séparons ici d'Aran qui admet que ces tumeurs, quand elles sont de volume moyen, sont développées au dépens du tissu conjonctif seul, mais qui leur refuse cette nature, quand elles atteignent certaines proportions; il dit: Les tumeurs de ce genre résultent des adhérences, des annexes avec l'utérus et avec les organes renfermés dans la cavité du bassin. Le volume apparent de ces tumeurs est en rapport avec le nombre de ces adhérences.

Pour nous, c'est justement l'œdème qui privant les organes de leur mobilité, augmentant leur volume, les fixant plus ou moins, simule ces adhérences et forme les grosses tumeurs auxquelles fait allusion Aran. La meilleure preuve que nous ayons à en donner c'est que par le traitement kinésique nous voyons communément les annexes se dégager de ces tumeurs, et recouvrer une fois libérées leur forme et leur mobilité normales. Il n'y avait donc pas d'adhérences et c'était bien l'œdème qui constituait cette volumineuse lésion.

Aurions-nous rompu des adhérences, existant avant notre intervention, cela n'est guère possible car le traitement kinésique n'admet ni violence, ni effort. M. Stapfer admet la résorption graduelle des adhérences jeunes sous l'influence du traitement kinésique tandis que les anciennes résistent au traitement qui ne fait que les amollir

plus ou moins, les allonger quelquefois mais qui toujours supprime ou atténue l'œdème ambiant.

Ce sont les résultats que nous avons obtenus par ce traitement qui nous ont fait croire que les adhérences sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'admet et du même coup que la pelvi-péritonite, l'inflammation du péritoine pelvien, est plus rare aussi.

De Sinety (1), appréciant le pronostic que l'on doit porter sur la pelvi-péritonite dit : En ce qui concerne la pelvi-péritonite on doit toujours avoir à l'esprit la possibilité et même la fréquence des guérisons. Malgré des phénomènes en apparence très inquiétants, tous les praticiens ont assisté plus ou moins souvent à de véritables résurrections dans des cas de ce genre.

Ces résurrections ne seraient-elles pas le fait de pseudo-péritonites dans lesquelles la séreuse serait restée indemne de toute inflammation et où le tissu cellulaire seul aurait été atteint ? Ces péritonites qui guérissent si bien ne sont pas du nombre de celles que la chirurgie contrôle, pas plus que les compte-rendus d'autopsies.

L'opinion la plus généralement admise est, qu'après ces poussées inflammatoires aiguës ou sub-aiguës, les organes, l'utérus et ses annexes sont déformés, déviés et immobilisés par des adhérences ! En clinique que trouvons-nous ? Des organes gros, déformés qui, à un premier examen, semblent fixés dans une situation anormale, puis au bout de quelques jours de traitement ces mêmes organes se dégagent, leur forme devient plus précise,

1. Sinety. *Traité de gynécologie.*

leurs contours plus nets, leur consistance change, les couches supérieures de l'œdème se sont résorbées, le noyau central persiste, mais ces tissus s'assouplissent, l'utérus se laisse soulever, les annexes sont confondues dans une tumeur plus ou moins volumineuse, on la fait diminuer par un léger massage et bientôt, on voit la trompe se dégager, on en sent les contours on trouve l'ovaire volumineux, mais le tout est mobilisable : quand on parvient à réduire l'utérus, l'ovaire et la trompe qui étaient prolabés suivent le fond de l'organe dans son ascension. Y avait-il des adhérences qui maintenaient utérus et annexes ? Que sont-elles devenues ?

L'utérus a changé de situation du tout au tout ; les annexes sont élevées maintenant et en situation normale ou moins bas situées, au lieu d'être prolabées au niveau des ligaments de Douglas.

Ces faits, nous les avons observés, dans des cas où le diagnostic de péritonite avait été porté.

C'est la clinique qui nous a conduit à dire que, les déviations accompagnées de fixations vraies étaient moins fréquentes qu'elles ne semblent l'être, et c'est la clinique encore qui nous a montré le rôle des ligaments (ligaments de Douglas, ligaments larges) dans les pseudo-fixations, déviations, flexions ou versions de l'utérus.

Formés en grande partie de tissu conjonctif, les ligaments subissent les mêmes altérations que le tissu cellulaire péri-tubaire, ovarien ou utérin dont nous venons de parler.

Les ligaments s'œdématient et les altérations dues à cet œdème leur font perdre leurs propriétés, entravent leur

rôle. Normalement, ils sont souples, minces, élastiques ; infiltrés ils deviennent durs, gros, épais, se raccourcissent, se contracturent ou bien s'allongent, perdent leur tonicité et deviennent incapables de remplir le rôle qui leur était assigné !

Ces infiltrations peuvent occuper un ligament tout entier ou seulement une portion limitée. Nous avons récemment soigné une malade qui présentait près de l'insertion utérine du ligament large un noyau œdémateux de deux centimètres de longueur environ. L'utérus rétroversé était irréductible tant que nous n'avions pas fait disparaître cet œdème ; instantanément, quand par un léger effleurage le ligament était devenu souple, le fond de l'utérus se laissait soulever et facilement remettre en position normale.

Les ligaments œdématiés peuvent être extrêmement douloureux ils immobilisent utérus et annexes et non seulement empêchent tout mouvement communiqué mais souvent se rétractant, maintiennent et fixent l'utérus dans une situation vicieuse. Ces pseudo-fixations disparaissent, nous tenons à le répéter encore, la clinique nous le montre chaque jour, quand on dissipe ces œdèmes, quand par le massage on rend à ces tissus leur tonicité et leur mobilité. On les fait diminuer de volume, on en change la consistance : Ils étaient durs, contracturés, rétractés, on les allonge, on les assouplit, on leur rend leur tonicité et luttant ainsi contre ce *début de sclérose* contre cette sorte d'ankylose des ligaments on arrive, en rétablissant et en activant le cours du sang dans le territoire pelvien, à re-

mettre l'organisme dans un état tel que tous les symptômes morbides disparaissent.

Voici ce que dit M. Stapfer au sujet des pseudo-fixations dues aux altérations ligamentaires :

« J'ai traité (1896) 35 utérus, rétroversés, fixés. Trois l'étaient, je suppose, par soudure consécutive à l'inflammation de la séreuse ».

« Dans un cas seulement, cette soudure ne laissait aucun doute, le rectum adhérent étant entraîné par les manœuvres de réduction. Dans les deux autres cas je me fonde sur les accidents pelvi-péritonitiques antérieurs, nettement décrits par la malade ».

« Les 32 utérus qui restent étaient à mon sens déviés et fixés par cellulite chronique ; latéro ou rétrodéviation, fixation par l'une des cornes ou par l'isthme, c'est-à-dire par le sommet ou par la base de l'un des ligaments larges racourcis ; mais on peut objecter que j'affirme sans preuve, l'existence de la cellulite chronique dans ces cas, malgré ce mode de fixation tout spécial qui prouve l'action ligamentaire. Soit. Sur ces 32 utérus j'en rejette 8 que je n'ai pu libérer. Etaient-ils fixés par adhérences ou comme je le crois par rétraction du tissu lamineux ? Peu importe, je les laisse de côté, j'en abandonne encore trois que j'ai antéversés séance tenante bien qu'ils parussent irréductibles et que l'un d'entre eux ait été déclaré adhérent par un chirurgien des hôpitaux, car on peut soutenir que ces utérus étaient en réalité libres et que mon habileté ou plutôt le procédé de Brandt a simplement triomphé de résistances pariétales ou vicérales ».

Maintenant, voici réunis en une seule description divers

phénomènes constatés dans le temps que j'ai mis à réduire les autres utérus et qui me semblent démontrer d'une manière irréfutable l'absence de soudure et l'existence des altérations du tissu conjonctif ».

Ces utérus ont été mobilisés, puis réduits dans un temps variable, rarement moindre que 3 mois, sans violence, presque sans effort. De simples frictions circulaires exercées sur le paquet viscéral et sur les flancs de l'organe permettaient à l'index explorateur, d'imprimer des mouvements au fond et au col par le vagin ou par le rectum. Il se soulevait, pour ainsi dire de lui-même, au-dessus de la concavité sacrée pour y retomber et s'immobiliser de nouveau surtout au moment des molimens. Dans la plupart des cas, après un traitement plus ou moins long l'ovaire et la trompe du côté fixé, jadis confusément senti ou même deviné dans une masse molle et pâteuse, se divisaient et s'isolaient, alors la réduction pouvait être opérée. Dès qu'elle était faite, l'utérus diminuait d'un tiers et j'ai souvent remarqué que les ligaments antérieurs loin d'être relâchés avaient conservé leur élasticité et leur souplesse, car ils la retrouvaient de suite, sauf autour des annexes du coté où la fixation avait existé. Là ils restaient durs et épais. Le lendemain du jour de la première réduction on retrouvait l'utérus rétroversé. Le travail était à recommencer, et ainsi de suite tous les jours, mais de plus en plus facilement avec des retards et même des reculs lors des molimens. Dans la minorité des cas on est arrivé au maintien de l'anteposition, d'un jour à l'autre, et c'est constamment à la veille des règles, quelquefois au milieu de la période intercalaire, c'est-à-dire au moment

de l'assouplissement physiologique que ce progrès s'est révélé, il était lié à la disparition de la cellulite péri-annexielle du côté originellement fixé. Cette disparition se manifestant par le moindre volume de l'ovaire et de la trompe et le retour à la souplesse du ligament correspondant. De pareils faits ont suffi pour me persuader que je n'avais pas eu affaire à des adhérences par soudure, et qu'il existait une variété commune de fixation causée par les altérations du tissu lamineux, sans inflammation de la séreuse et entretenues par la vaso-dilatation périodique ; mais une heureuse rencontre m'en fournit la très belle et très convaincante démonstration que voici :

« J'ai soigné en 1893-1894 une femme qui souffrait depuis 9 ans d'une rétroversion douloureuse. On avait proposé de lui ouvrir le cul-de-sac postérieur pour détruire les *adhérences*. Utérus couché et fixé dans le diamètre oblique, fond à droite, col à gauche. Ovaire correspondant tuméfié, immobile atrocement douloureux. La malade marchait à petits pas, courbée en deux, au début du traitement qui a duré 14 mois. Durant ce temps, je suis arrivé à diminuer l'utérus, à le mobiliser relativement et par exception, une fois, la veille des règles, à le réduire. La malade conservait la facilité de marcher que je lui avais assez promptement rendue et que j'entretenais. Les crises périodiques douloureuses étaient très atténuées ; de guerre lasse, je l'abandonnai. En 1895 elle est venue me voir, son utérus était rétroversé, irréductible. Elle vaquait à ses occupations dans l'intervalle des crises dont l'atténuation persistait ».

« En 1896 elle est venue me consulter pour des trou-

bles généraux qui me parurent *a priori* d'origine vasomotrice et imputables à la ménopause, car cette femme approchait de 50 ans. Elle n'avait pas eu ses règles depuis 6 mois et ne souffrait plus du ventre ».

« Je l'examinai par curiosité et voici ce que je trouvai à ma grande stupéfaction et satisfaction : utérus anteversé, fond en contact avec la symphyse, paramètre souple et élastique. Y a-t-il, je le demande, plus éclatante démonstration de l'existence de la cellulite, de son influence sur les déviation et fixation, et de sa dépendance des troubles circulatoires. »

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Nous avons retrouvé sur plusieurs cadavres dont nous avons pratiqué l'autopsie, les rétractions, les allongements, les déformations ligamentaires que nous sentons si souvent en explorant les organes génitaux des malades.

Nous avons plusieurs fois observé autour des trompes, des épaississements considérables du tissu conjonctif qui les entoure, tandisque la trompe était peu augmentée de volume.

Ces proliférations conjonctives, nous semblent résulter d'anciens œdèmes péritubaires, l'œdème s'est peu à peu résorbé et le tissu conjonctif a subi une transformation fibreuse.

N'ayant pas eu à faire l'autopsie de malades soignés par nous, nous n'avons pu retrouver sur le cadavre les tumeurs œdémateuses que nous décrivons, mais, nous nous en rapporterons à ce que dit Aran dans ses Cliniques sur les maladies de l'utérus.

« Je trouvai sur l'un des côtés du col de l'utérus, un noyau d'induration, douloureux à la pression, se prolongeant le long de la paroi latérale du vagin dans une étendue de trois à quatre centimètres environ. Après la mort, ce noyau d'induration avait beaucoup perdu de sa consistance, mais en le recherchant avec soins, je pus le découvrir et m'assurer qu'il était constitué dans un cas par du tissu cellulaire imprégné de sang et dans l'autre par du tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique. Dans un troisième cas, c'était chez une femme de 80 ans dont j'avais examiné les organes génitaux par hasard ; le noyau analogue aux deux précédents que j'avais découverts, était constitué par du tissu cellulaire induré, dans lequel mon savant collègue Ch. Robin a reconnu la présence de nombreux noyaux fibro-plastiques ».

Il cite ensuite l'observation d'une femme récemment accouchée, chez laquelle le tissu cellulaire pelvien, le tissu cellulaire qui fait partie des cloisons recto et vésico-vaginales, tout le tissu cellulaire compris entre l'insertion du vagin sur l'utérus et le péritoine était le siège d'un énorme épaississement dû à la présence d'une grande quantité de lymphe plastique et de sérosité déposée dans les mailles de ce tissu (Aran).

« Si MM. Bernutz et Goupil n'ont pu découvrir les traces de ces tumeurs chez les malades dont ils ont eu à pratiquer l'examen nécroscopique, c'est qu'ils ne les ont pas cherchées où elles sont et où elles doivent être », c'est-à-dire sur les côtés de l'utérus, au niveau de l'isthme et dans le ligament large (Aran).

§ II. — *Compte-rendu des expériences faites sur le cadavre.*

Nous avons essayé de reproduire sur le cadavre, par divers procédés d'injection, les œdèmes que nous observions sur le vivant. Ces expériences nous ont fourni quelques résultats intéressants que nous allons relater.

Il va sans dire que nous n'avons pu reproduire les œdèmes durs, les contractures et les rétractions ligamentaires.

Nous avons suivi la progression du liquide injecté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, dans les ligaments, dans le tissu cellulaire péri-tubaire, péri-ophorien, péri-rectal, péri-appendiculaire. Nous avons pu ainsi nous rendre un compte exact de la très grande laxité du tissu conjonctif en certains points, vérifiant ainsi ce que nous avions lu dans Aran.

Nous avons vu certaines déformations ligamentaires se produire sous nos yeux ainsi que certains déplacements d'organes.

Ce sont les exsudats séreux, les œdèmes jeunes, les œdèmes dus aux stases veineuses que nous avons surtout reproduits, œdèmes qui représentent la première étape de bien des affections génitales qui commencent par une infiltration séreuse du tissu cellulaire et aboutissent à ces affections chroniques qui siègent tout à la fois dans l'ap-

pareil utéro-annexiel et dans le tissu conjonctif qui le tapisse.

Obs. I. — 16 août 1897. — Femme 28 ans, nullipare.

Nous incisons la paroi abdominale sur la ligne médiane, du sternum au pubis, découvrant ainsi toute la masse intestinale.

L'intestin est doucement repoussé en arrière, sans déplacer les annexes de l'utérus.

L'utérus est petit en position normale, légère ante-flexion.

L'ovaire gauche, gros comme une petite amande a glissé sur la face postérieure du ligament large.

La trompe grosse comme une petite plume d'oie l'a suivi dans son déplacement. Elle est flexueuse; le pavillon recouvre l'ovaire. Aucune adhérence, le péritoine est normal. Le ligament large ne présente rien de particulier.

L'ovaire droit est petit, en situation normale, beaucoup plus haut par conséquent que l'ovaire gauche. La trompe petite, a une direction transversale ; elle est flexueuse.

L'ovaire et le pavillon de la trompe sont en rapport.

Aucune adhérence entre les organes.

Ligament large normal.

En relevant un peu plus haut le paquet intestinal, on voit les ligaments de Douglas formant un demi-cercle à droite et à gauche du rectum. Leur bord est mince et tranchant.

Le cul-de-sac de Douglas est vide. Les tissus qui recouvrent les parois pelviennes sont denses et normaux.

Nous plaçons la canule de la seringue à injection dans l'é-

paisseur du ligament large gauche à peu près au niveau de la corne utérine. Nous injectons deux seringues d'eau, (600 grammes environ). Le liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine à la face postérieure de la vessie, puis c'est le tour des parois pelviennes ; alors seulement le ligament large s'épaissit et quintuple de volume.

La paroi rectale s'œdématie, remplissant presque tout le cul-de-sac de Douglas. Les ligaments utéro-sacrés sont encore peu déformés.

L'injection poussée de ce côté a passé un peu du côté droit de l'utérus dans le ligament large.

La paroi vésicale est tout entière œdématiée, aussi bien à droite qu'à gauche, nous faisons une ligature à l'endroit où la canule était placée et à droite nous faisons une nouvelle injection (600 grammes environ). La canule est placée dans le ligament large près de son insertion à la paroi pelvienne.

Le liquide cette fois pénètre immédiatement dans le ligament large ; il se gonfle, se boursoufle et à un certain moment, sans qu'on y ait touché, l'ovaire et la trompe glissent sur la face postérieure du ligament large et viennent se placer sur le bord des ligaments de Douglas qui maintenant sont gros comme le pouce. Ils sont devenus mous, pâteux, leur bord libre est en contact avec la paroi rectale, le cul-de-sac de Douglas n'est plus qu'une cavité virtuelle.

Toute l'excavation est remplie par l'œdème du tissu conjonctif.

La consistance de l'utérus ne s'est pas modifiée, il n'a changé ni de situation, ni de volume. Il est enfoncé au milieu de l'œdème ambiant.

Les trompes et les ovaires n'ont subi aucune modification.

Ce sont donc presque uniquement les ligaments et les parois qui ont été le siège de l'œdème.

Les points les plus infiltrés étaient : les ligaments de Douglas, les ligaments larges au niveau de l'isthme de l'utérus, la paroi vésicale.

Obs. II. — 2 octobre 1897. — Femme 38 ans.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. Nous soulevons la masse intestinale afin de voir dans quelle situation se trouve l'utérus et les annexes.

La trompe et l'ovaire gauche présentent des adhérences avec l'intestin, de telle sorte qu'en soulevant le paquet intestinal nous attirons en arrière les annexes gauche. Nous sectionnons ces brides conjonctives.

L'utérus est vertical, gros comme un œuf de poule. L'ovaire gauche qui était adhérent présente le volume d'une amande, la trompe semble grosse (crayon) à droite, la trompe et l'ovaire sont mobiles, mais tous deux sont prolabés en arrière, l'ovaire touchant à la paroi rectale. La trompe présente de ce côté également le volume d'un crayon, elle est flexueuse et molle. L'ovaire est petit mais dûr et coriace.

Les ligaments larges, droit et gauche semblent normaux.

Les ligaments de Douglas ne sont pas épaissis, leur bord est tranchant.

Le ligament de Clado unissant la trompe droite à l'appendice n'existe pas.

A droite nous plaçons la canule de la seringue dans le ligament large, au niveau de la corne utérine. Nous injectons 450 grammes d'eau environ. Le liquide passe rapidement dans la

paroi vésicale dans le ligament large droit qui augmente notablement d'épaisseur, autour de la trompe qui devient grosse comme l'index. Le tissu celluleux qui tapisse les parois pelviennes s'infiltre. Les parois rectales œdématiées remplissent le cul-de-sac de Douglas.

Les ligaments utéro-sacrés droit et gauche, par cette seule injection faite du côté droit, s'épaississent et s'effacent presque complètement, formant une saillie grosse comme une noix qui ne rappelle plus en rien la forme primitive en faucille.

A gauche, nous répétons la même injection que du côté droit, la canule est placée à la même place, même quantité de liquide est injectée. On voit se produire les phénomènes observés déjà du côté droit sur le rectum, la vessie et les parois pelviennes. La trompe cependant ne change pas de volume pour une raison qui nous échappe. Du côté de l'ovaire rien à noter.

Quand les injections droite et gauche sont faites, on voit l'excavation comblée par l'œdème des parois.

Le fond de l'utérus émerge de cette masse confuse ; il n'a changé ni de consistance, ni de volume ni de situation.

En déprimant l'œdème pariétal nous pouvons voir les deux trompes dont l'une la droite est œdématiée, tandis que l'autre ne s'est pas modifiée.

La trompe droite est molle, ses parois sont tendues, elle est moins flexueuse.

Regardant au travers d'elle, nous voyons par transparence un petit cordon rosé, gros comme une petite plume d'oie qui serpente au milieu du gros cordon blanchâtre que forme l'œdème péritubaire.

La trompe donc ne s'est pas modifiée et le tissu conjonctif qui l'entourait et qui déjà était épaisssi, s'est seul infiltré.

Regardant de même au travers de la trompe gauche nous ne pouvons rien distinguer.

Obs. III. — 10 janvier 1898. Femme 18 ans. Nullipare.

Nous faisons une incision latérale et enlevons complètement la paroi abdominale, mettant à nu toute la masse intestinale.

Relevant les intestins nous trouvons l'utérus petit, en position normale (anteflexion légère).

A gauche la trompe est flexueuse, absolument libre, aucune adhérence, elle mesure environ 4 millimètres de diamètre; elle est prolabée dans le cul-de-sac utéro-rectal, et a perdu tout rapport avec l'ovaire qui est resté en position normale. L'ovaire mesure environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, il est très applati, grisâtre.

A droite, ovaire et trompe absolument sains, sont restés en situation normale, le pavillon de la trompe recouvre en partie l'ovaire. Le ligament de Clado n'existe pas. Les ligaments de Douglas sont normaux, leur bord est tranchant, ils sont minces et souples.

Les ligaments larges ne présentent rien de particulier.

A droite nous plaçons la canule dans la base du ligament large, nous injectons 500 grammes d'eau. Le liquide passe difficilement, s'infiltrant lentement dans la paroi vésicale, le ligament large et le tissu cellulaire périrectal.

A gauche la canule est placée dans le tissu cellulaire pelvien, près de l'épine iliaque; nous injectons environ 250 grammes d'eau. Le liquide chemine très facilement et rapidement, l'œdème remplit tout le petit bassin.

Le fond de l'utérus a disparu, recouvert par la paroi vésicale

œdématiée au maximum ; trompes et ovaires disparaissent également.

Plongeant la main dans le bassin pour déprimer les parois pelviennes, nous pouvons alors voir ce qui s'est passé.

La trompe gauche toujours prolabée et en contact avec les ligaments de Douglas, est grosse comme le doigt. Le petit cordon de 4 milimètres que nous avions trouvé avant l'injection est entouré par une volumineuse coque œdémateuse qui forme une tumeur péri-salpingienne, en serrant entre le pouce et l'index, ce gros cordon œdémateux on trouve au centre la petite trompe qui est plus dure que le tissu œdématié ambiant et qui ne s'est pas modifiée, on peut l'apercevoir serpentant au milieu du tissu cellulaire distendu.

L'ovaire gauche est entouré d'une mince couche d'œdème qui modifie légèrement sa consistance.

A droite les mêmes phénomènes se sont passés ; trompe volumineuse, l'ovaire est masqué complètement par le pavillon qui est devenu gros et mou.

L'œdème des parois remonte extrêmement haut ; sur la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau de la seconde vertèbre lombaire, nous voyons encore des traces d'infiltration.

Le rectum, ainsi qu'une partie du colon, se sont œdématiés ; leur volume a presque doublé, les ligaments de Douglas épaissis et volumineux sont en contact avec le rectum. Le cul-de-sac utéro-rectal forme une cavité virtuelle.

Les parois vaginales se sont infiltrées, elles sont devenues souples et molles. Leur consistance s'est totalement modifiée, nous avions pratiqué le toucher avant de faire l'injection et nous avions trouvé des parois sèches, minces et tendues.

Dans cette injection comme dans les précédentes, l'utérus n'a

subi aucune modification, ni dans sa consistance, ni dans sa situation. Ce sont les ligaments (lig. larges, lig. Douglas) les parois pelviennes, le tissu connectif périviscéral qui se sont modifiés du tout au tout.

Obs. IV. — 20 février 1898. — Femme 18 ans.

Ouverture médiane. L'intestin relevé on voit un petit utérus, le fond est rétroversé mais très mobile.

A gauche gros ovaire. La trompe est petite, normale ; pas d'adhérence pathologique. L'ovaire et la trompe sont haut situés et n'ont pas glissé en arrière comme nous l'avons vu souvent déjà.

A droite, l'ovaire est moins volumineux que du côté gauche, la trompe de volume à peu près normale est rougeâtre, ecchymotique.

Il y a une bride conjonctive qui unit la trompe au cœcum.

Le ligament de clado, tubo-appendiculaire, n'existe pas.

Les annexes de ce côté sont élevées et bien fixées aux plans profonds. Les ligaments larges sont absolument normaux.

Les ligaments de Douglas sont petits, f rmés de tissu cellulaire dense, leur bord est tranchant.

A gauche, nous plaçons la canule de la seringue, dans le tissu cellulaire qui tapisse la fosse iliaque, près de l'insertion du ligament large. Nous injectons deux seringues d'eau, 500 grammes environ. La corne utérine est aussitôt soulevée par l'œdème du tissu cellulaire pariétal ainsi produit, le liquide passe dans la paroi vésicale et dans le ligament large.

A droite la canule est placée au niveau de la crête iliaque. Deux

seringues d'eau sont injectées. Tout le petit bassin est rapidement rempli par l'œdème.

A droite et à gauche, on voit deux tumeurs œdémateuses qui représentent le tissu cellulaire pariétal infiltré, puis presque sur la ligne médiane, on trouve les deux trompes qui apparaissent grosses comme le pouce, elles se sont élevées, elles sont au-dessus du fond de l'utérus, tout à fait superficielles, et en contact l'une avec l'autre. C'est la première fois que nous observons ce déplacement. Dans nos injections précédentes, les trompes se sont bien œdématiées mais toujours elles sont restées prolabées, bien que la déformation produite par l'infiltration du tissu conjonctif ait été la même.

La consistance des trompes œdématiées est ferme, les tissus sont tendus.

Elles sont peu flexueuses et présentent des étranglements par endroit.

Si la paroi existait encore, ce sont ces deux tumeurs que la main percevrait tout d'abord. Ayant observé en clinique ces ascensions de la trompe, ou plutôt de la tumeur œdémateuse péritubaire, nous croyons voir dans le résultat de cette injection l'explication du phénomène par nous constaté sur le vivant.

Les ovaires ont également subi une légère ascension mais sont restés cependant au-dessous des trompes; ils sont peu modifiés de volume, leur consistance n'a pas changé.

L'utérus n'a subi qu'un déplacement insignifiant, il a été un peu refoulé en arrière par l'œdème de la paroi vésicale.

Les ligaments larges ont considérablement augmenté de volume ils ont une épaisseur de 3 à 4 centimètres, et ne se distinguent que très difficilement du plancher pelvien.

Les ligaments de Douglas que l'on voit en écartant les trom-

pes et les ligaments larges sont gros, épais et ne rappellent plus en rien leur forme primitive, ils se confondent avec le tissu cellulaire qui tapisse les parois sacrées, ce ne sont plus des cordons tendus de l'utérus au sacrum, ce sont des masses globuleuses sans contour et sans forme précis. Le cul-de-sac utéro-rectal n'existe plus. Le long du rectum l'œdème s'est propagé sur une hauteur de dix à douze centimètres.

L'appendice n'a pas varié de consistance ni de volume.

Obs. V. — 26 février 1898. — Femme 38 ans.

Utérus petit profondément situé légèrement retrofléchi. A droite, la trompe est normale, l'ovaire est accolé au pavillon, la trompe a une direction transversale et est bien maintenue en place. Elle a le volume d'une plume d'oie.

A gauche, la trompe est presque rectiligne, sa direction est transversale. L'ovaire n'est pas en contact avec elle, un peu prolabé en arrière, volumineux et plus rapproché du corps de l'utérus que celui du côté droit ; gros appendice portant une exulcération.

Les ligaments de Douglas sont normaux.

Nous faisons dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque droite, à 6 centimètres environ au-dessous de l'épine iliaque antérieure, une injection de plâtre très délayé (250 grammes environ).

L'injection passe facilement et envahit la paroi vésicale (8), le tissu cellulaire de la fosse iliaque (1), le ligament large droit et arrive jusqu'au tissu cellulaire péri-tubaire (3) qu'elle pénètre à peine.

Le plâtre entoure la base de l'ovaire (4).



Aspect des organes génitaux après injection de plâtre dans le ligament large. Œdèmes des fosses iliaques, des replis du ligament de Douglas.

1. Tissu conjonctif tapissant la fosse iliaque.
2. Ligament large.
3. Trompe de Fallope.
4. Ovaire et tissu péri-ovaire œdématié.
5. Ligament de Douglas déformé par l'infiltration.
6. Rectum.
7. Utérus anti-versé fortement.
8. Paroi vésicale.
9. Cul-de-sac de Douglas.
G. Méso-salpinx distendu permettant à la trompe de se prolaber.

A gauche nous injectons deux seringues de plâtre (500 grammes environ), la canule est placée à 4 centimètres environ de la corne utérine, le liquide envahit le tissu cellulaire de la paroi, la base du ligament large, le tissu cellulaire péri-tubaire, en partie seulement, vers le tiers externe, les ligaments de Douglas (5) qui deviennent gros, épais, et formant une masse qui se confond en partie avecla paroi pelvienne.

Le méso-salpinx (g) s'est légèrement œdématié de ce côté, tandis qu'à droite la trompe et son méso étaient restés indemnes.

Le rectum (6) est légèrement œdématié.

Le cul-de-sac de Douglas (9) est profond et est limité par les deux ligaments utéro-sacrés formant deux bourrelets droit et gauche.

L'infiltration n'a pas pu être cette fois poussée aussi loin qu'avec l'eau simple, les résultats pour être moins frappants, n'en sont peut être que plus exacts, et représentent mieux ce qui se passe sur le vivant.

Obs. VI. — 1er mars 1898. — Femme 30 ans.

Ouverture faite sur la ligne médiane, les intestins étant relevés, on trouve un utérus normal, antéfléchi.

La trompe gauche (3) de volume normal, mobile, ne présente aucune adhérence ; elle est située en avant de l'ovaire (2) et n'a pas de rapport avec lui, sa direction est nettement transversale, elle est un peu prolabée en avant.

L'ovaire gauche est accolé à la corne utérine gauche. On le voit sur la figure ci-jointe derrière la trompe, vers sa partie moyenne, il est volumineux, dur, épais.

A droite, la trompe est transversale, rectiligne, de volume



Organe génitaux vus par le haut, montrant une tumeur œdémateuses péri-salpingienne, l'œdème du ligament de Douglas, l'œdème péri-rectal.

1. Utérus.
2. Ovaire.
2. Trompe. Le tissu cellulaire péri-tubaire est œdématié et forme une tumeur péri-salpingienne.
4. Ligament de Douglas œdématié, il forme un gros cordon ép i-qui, au niveau du rectum, se confond avec l'infiltration péri-rectale.
5. Paroi vésicale non injectée.
6. Ligament rond.
7. Rectum dont la paroi est infiltrée.
8. Cul-de-sac de Douglas.

normal, pas d'adhérences. Le pavillon n'est pas en contact avec l'ovaire qui est situé au-dessus de la trompe, un peu en avant d'elle.

Les ligaments larges et les ligaments de Douglas sont normaux, formés de tissu conjonctif dense.

A droite, nous injectons dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, près du rectum, une petite seringue de plâtre (100 grammes environ), qui infiltre les ligaments de Douglas et le tissu cellulaire de la paroi pelvienne formant une masse volumineuse qui s'étend du rectum au ligament large.

Nous plaçons ensuite la canule dans le repli du ligament large qui forme le méso-salpinx, et nous injectons 100 grammes environ du liquide.

Nous produisons ainsi une tumeur péri-salpingienne, grosse comme un crayon, de forme allongée et cylindrique.

A gauche, injection de 100 grammes de plâtre dans le ligament de Douglas. Il se gonfle ainsi que le tissu cellulaire voisin. Le cul-de-sac utéro-rectal se trouve ainsi rétréci formant une cavité profonde admettant seulement l'extrémité d'un doigt.

Nous injectons également de ce côté le méso-salpinx ; il se forme au niveau du pavillon une tumeur globuleuse grosse comme une amande, mais bien localisée en ce seul point.

Cette localisation de l'œdème formant des tumeurs semblables à des ganglions, nous semble être la reproduction de ce que nous avons observé chez une malade dont nous citons l'observation plus loin.

L'ensemble de ces expériences nous montre combien les organes peuvent être déformés par l'infiltration du tissu conjonctif ; ils grossissent, se déplacent, se transforment ; ils s'abaissent ou s'élèvent, changent de rapports. Ces modifications sont celles que nous observons chez les malades, modifications qui varient d'un examen à l'autre. Les contours perdent leur netteté et les sensations perçues sont comme les photographies que nous reproduisons, vagues et obscures. Le doigt qui touche doit chercher longtemps avant d'avoir une perception nette de ce qu'il sent ! Bien souvent ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les organes reprenant leur configuration peuvent être délimités ; il en est de même pour l'œil qui regarde les deux planches ci-dessus, il doit étudier, interpréter, analyser ces photographies avant de savoir ce qu'il voit et ce qu'il doit voir.

Nous avons trouvé dans les travaux de plusieurs auteurs des renseignements anatomo-pathologiques qui nous semblent intéressants.

Petit (1) étudie dans un article intitulé : « Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien », les troubles circulatoires de la région utéro-ovarienne et leurs conséquences. Entre sa manière de voir et la nôtre nous trouvons la plus grande analogie.

Dans toute phlebectasie, dit-il, les lésions débutent par l'œdème pour aboutir à la sclérose.

1. Petit. *Nouvelles archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1891.

L'analogie entre ces dilatations veineuses et celles que l'on observe sur une jambe variqueuse est évidente et des troubles de nutrition que l'on constate dans un cas doivent se reproduire dans l'autre. La jambe variqueuse est œdématiée, engorgée, douloureuse, l'ovaire et tout le paramètre seront également œdématiés, engorgés, douloureux.

Les lésions histologiques trouvées par Petit sont les suivantes :

Les ovaires sont un peu augmentés de volume, présentent de petits kystes remplis d'un liquide clair ou d'une substance semi-gélatineuse. Le stroma de l'ovaire est composé comme à l'ordinaire de tissu conjonctif fibrillaire, d'un petit nombre de fibres musculaires lisses et de vaisseaux sanguins. Les parois des artérioles sont épaissies, leur lumière est ou rétrécie, ou augmentée.

Les modifications pathologiques, dit-il, les plus importantes, existent dans la substance des ligaments larges les plexus pampiniformes et leurs tributaires.

Les vaisseaux des pampiniformes sont très dilatés, leur paroi épaissie, leur direction plus tortueuse qu'à l'ordinaire. Ces modifications nous les avons nous-même observées sur nos coupes.

Les capillaires qui normalement s'affaissent et ne peuvent être distingués du tissu conjonctif environnant ont été trouvés distendus, remplis de sang, en état de dégénérescence pigmentaire, indice d'une stase durant depuis longtemps.

Porter, traitant le même sujet, pense que la surcharge de sang veineux provoque l'hypernutrition par stase ainsi

que des néoformations conjonctives englobées à tort dans les produits de l'inflammation chronique. Il est d'avis avec Dudley, *qu'une grande quantité de soi-disant inflammations aiguès ou chroniques du ligament large ou du tissu cellulaire environnant, sont le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique des vaisseaux et d'un développement progressif du tissu conjonctif qui comprime les nerfs et donne par suite naissance à des douleurs et à différents symptômes qui simulent un processus inflammatoire.*

C'est exactement notre théorie.

§ III. — *Examens histologiques.*

Les quelques pièces que nous avons coupées, proviennent d'opérations faites pour salpingites anciennes.

C'est à M. Brauca, préparateur à la Faculté que nous les devons et c'est avec lui que nous les avons examinées, qu'il nous permette de lui dire ici toute notre reconnaissance.

Les modifications de la tunique musculo-conjonctive montrent la sclérose envahissant des parois de la trompe et le tissu conjonctif péritubaire, sans qu'il y ait le plus souvent de lésions de la séreuse.

Nous avons dû, pour avoir une idée des modifications histologiques du tissu conjonctif de cette région, nous contenter de ces pièces n'ayant pu nons procurer des tumeurs œdémateuses péri-salpingiennes jeunes.

Les lésions que nous avons observées sur nos coupes, nous semblent être celles qui succèdent aux tumeurs œdémateuses que nous décrivons.

Il y a d'abord œdème, puis sclérose; nous croyons que l'on peut considérer les altérations cellulaires des tumeurs œdémateuses comme préparant la sclérose, elles en sont le premier stade, *stade présclèreux*, auquel succède peu à peu la sclérose vraie.

Pièce I. — Salpingite végétante ancienne. Le début remonterait à deux ans.

Infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif périphérique formant tantôt des amas indépendants des vaisseaux, tantôt des amas ayant pour centre de figure des artères et des veines de petites tailles. Les noyaux de l'endothélium sont plus saillant que de coutume. Endartérite légère. Les fibres musculaires lisses de la paroi sont comprimées, repliées et morcellées par la prolifération du tissu conjonctif.

Les végétations qui par leur prolifération ont comblé en partie la cavité de la trompe, sont le siège d'infiltration embryonnaire.

Pièce II. — Salpingite tuberculeuse ayant débuté il y a 2 ans et 4 mois.

La cavité de la trompe est remplie d'un magma caséeux.

L'épithélium a disparu. On trouve dans la muqueuse quelques cellules géantes reconnaissables à leurs noyaux et à leur volume.

Dans la musculeuse, on trouve tantôt un infiltra de cellules embryonnaires dissociant la musculature et la détrui-

sant, tantôt un processus de sclérose plus avancé, quelques vaisseaux sont normaux, d'autres sont obturés par la prolifération de l'endartère ; le plus grand nombre des vaisseaux sains sont situés dans la muqueuse.

Pièce III. — Salpingite ancienne de forme végétante.

La cavité de la trompe est en partie comblée par les végétations. Autour des vaisseaux on voit de nombreux noyaux d'infiltrations. La musculaire est sclérosée, ses fibres sont dissociées. Peu de lésions du tissu conjonctif périphérique.

Pièce IV. — Salpingite datant de 10 mois environ. Peu d'altérations de la muqueuse.

La musculaire est absolument dissociée, surtout dans ses parties externes. Foyer de sclérose ancienne (riche en fibres, pauvre en cellules).

Le centre de chaque foyer de sclérose est occupé par un vaisseau atteint d'endo-vascularite et de ces centres s'irradient des tractus qui segmentent le muscle et se confondent par leur périphérie avec des tractus semblables développés autour des vaisseaux voisins.

Pièce V. — Salpingite jeune, suite d'avortement.

Artérite siégeant dans la tunique externe sous-péritonéale, pas de lésions de la muqueuse, trois petits foyers d'infiltration embryonnaire situés à la suite l'un de l'autre entre des fibres musculaires, début de sclérose.

Nous devons donner ici l'explication anatomo-pathologique des contractures, des indurations qui envahissent les

tissus œdématiés. On ne peut mieux en indiquer les caractères et montrer ce que sont ces infiltrations accompagnées de rigidité, qu'en les comparant à la rigidité qui se produit dans les muscles et les ligaments après la mort des animaux surmenés. Le massage augmentant la force de l'ondée sanguine, agit comme le filet d'eau chaude dont on se sert à l'amphithéâtre pour ramener la souplesse des viscères à demi congelés.

L'explication que nous allons donner ici, nous l'empruntons à M. Wallich qui a démontré par une série de recherches que la rigidité anatomique de l'orifice du col, chez certaines parturientes n'avait d'autres causes que l'œdème, l'infiltration du tissu celluleux qui unit les fibres du muscle utérin.

L'analogie nous a paru assez grande pour pouvoir dire, que, si l'œdème était capable de produire dans un cas la rigidité utérine, il ne pouvait pas dans d'autres cas, ne pas produire la rigidité ligamentaire, bien que l'œdème gynécologique ne s'accompagne pas toujours de rigidité. Il est quelquefois mou, et quand il y a rigidité il n'y a pas toujours contracture, exactement comme cela se passe dans la rigidité de l'orifice.

En d'autres termes, l'œdème étant dur, on peut avoir affaire à des tissus ligneux ou plus exactement ayant la consistance d'une racine de tubéreuse on d'un morceau de cuir (1).

Ces œdèmes ligamentaires qui changent la consistance

1. Pajot comparaît les orifices atteints de rigidité dite anatomique à des orifices percés dans une courroie.

des tissus, modifient aussi leur aspect ; tantôt ils sont plus ou moins épaissis, tantôt on a affaire à des tissus relativement minces mais tendus, à bord tranchant (ligam. de Douglas), et dans ce cas il est bien rare que la douleur ne soit pas très vive, s'irradiant le plus souvent dans la région lombaire.

Dans certains cas le doigt peut percevoir le phénomène fibrillaire qui caractérise la contracture locale.

Les infiltrations du périnée qui ne sont qu'un œdème passager, privent cette région de son élasticité, de son extensibilité et, au moment de l'accouchement, sont souvent la cause de déchirures plus ou moins étendues.

Les ligaments œdématiés que nous avons pu observer étaient le plus souvent durs, rétractés, contracturés comme certains périnées, ce n'étaient plus des organes suspenseurs actifs, possédant une élasticité et une tonicité propres, c'étaient des cordons inextensibles, gros, douloureux, ne laissant aucune mobilité aux organes qu'ils étaient chargés de maintenir mais non de fixer.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Où allons-nous trouver la cause des œdèmes abdomino-pelviens et aussi la cause de la chronicité gynécologique que ces œdèmes caractérisent!

Est-ce la théorie microbienne qui souvent explique si bien certaines lésions et certaines altérations qui nous permettra de comprendre les troubles que nous avons observés!

L'infection dont le rôle est prépondérant d'après les idées actuelles dans l'étiologie des affections génitales, ne nous semble pas ici devoir être le seul agent ni surtout l'agent indispensable de ces affections; non pas que nous refusions toute influence au microbe, loin de là, mais toute cause pathologique unique est une cause nulle, le rôle du terrain, de l'intégrité des fonctions physiologiques de l'organisme doit ici prendre une large part dans la pathogénie des œdèmes pelviens.

Il a été établi que l'organisme, que le vagin était phy-

siologiquement capable de se défendre, qu'il était armé pour lutter contre l'infection. Si les expériences sur lesquelles s'appuient Menge et Kœnig sont vraies, n'est-il pas naturel qu'on aille chercher ailleurs les causes de ces affections qui le plus souvent sont essentiellement chroniques et ont bien peu les allures d'une maladie infectieuse !

Menge et Kœnig (1) relatent les expériences suivantes au sujet des moyens de défense du vagin.

Des cultures virulentes sont introduites dans le vagin, puis au bout d'un temps variable ou examine ce qu'elles sont devenues.

Les expériences portent sur 35 femmes chez lesquelles on introduit :

23 fois des cultures pures de bacille pyocyanique.			
30	—	—	staphylocoques dorés.
27	—	—	streptocoques.

Au fond du vagin, le bacille pyocyanique disparaissait au bout de 21 heures.

Le streptocoque au bout de 22 heures, et le staphylocoque au bout de 24 heures.

A l'entrée du vagin, la destruction était aussi rapide.

Chez un nouveau-né dont les sécrétions vaginales sont stériles, ils introduisent des streptocoques dans le vagin, et au bout de 50 heures ceux-ci avaient entièrement disparu. Ils ont pu constater la disparition du streptocoque et en même temps l'apparition d'une leucocytose accompagnée de phagocytose qui disparut quand il n'y eut plus de

1. Menge et Kœnig. *Deut. med. Wochenschrift*, novembre 1891.

streptocoque. Ils ont pu constater ensuite l'établissement définitif de la flore microbienne du canal vaginal.

Ils concluent en disant que l'infection pathogène ne peut avoir lieu que quand un ou plusieurs des facteurs suivants font défaut :

1° Acidité des sécrétions ;

2° Antagonisme entre les bacilles vaginaux et les micro-organismes pathogènes ;

3° Produits des bacilles vaginaux ;

4° Produits des éléments anatomiques du vagin ;

5° Leucocytose ;

6° Absence d'oxygène libre.

Ils ajoutent ensuite que le catarrhe du col dont l'écoulement neutralise l'acidité des sécrétions et les règles trop abondantes qui diluent ces sécrétions peuvent favoriser l'infection. Il nous semble que l'on peut traduire par troubles circulatoires et le catarrhe utérin, et les troubles menstruels, et l'absence de leucocytose, et les sécrétions anormales.

Ces expériences dont nous avons pris connaissance avec grand intérêt viennent appuyer notre théorie qui prétend que l'origine de la plupart des affections gynécologiques relève plus ou moins directement d'une circulation défectueuse, et qu'en tout cas, toujours, quel que soit l'origine et le début du mal, c'est la congestion, l'hyperhémie, les stases dans les vaisseaux abdominaux qui entretiennent la chronicité de l'affection.

Chez la femme enceinte, les moyens de défense sont également très puissants, les sécrétions vaginales possè-

dent une réaction acide microbicide qui fait, comme en dehors de la grossesse, une auto-asepsie parfaite. Mais, chez la nouvelle accouchée, les sécrétions vaginales perdent leur pouvoir bactéricide pour les récupérer à la fin de la première semaine (1).

L'infection alors est facile et les petites élévations de température des premiers jours, sont bien dues, en général à une infection légère, qui se localise tardivement (phlébite, accident pleuro-pulmonaire) mais accidents qui datent de l'accouchement (2).

L'infection puerpérale est, suivant Pozzi, l'une des principales causes des affection utérines et annexielles, mais Stapfer fait observer que beaucoup de femmes atteintes de soi-disant métrites infectieuses, ont eu des accouchements ou des avortements dont les suites ont été absolument apyrétiques. L'absence de température étant pour tous une garantie de l'asepsie de l'accouchement et de non infection, quelle peut donc être ici la cause de cette métrite ou de cette salpingite ? Où trouverons-nous l'explication de ces faits ?

Admettrons-nous le microbisme latent? Si nous l'acceptions ce serait encore aux troubles circulatoires que nous devrions attribuer l'éclosion de l'infection, car, ils auraient préparé le terrain, ils auraient mis en état de moindre résistance l'organe utérin ou ses annexes, permettant ainsi

1. Menge. *Wien medical Presse*, 1897, n° 52.

2. Stapfer. *Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. Union médicale*, n° 90, 93, 95, 1890.

au microbe de se développer et d'envahir le territoire pelvien.

Au gonocoque nous attribuons un rôle spécial, et nous croyons qu'il a une grande part dans l'étiologie des affections génitales de la femme. Nous serions disposé à admettre que seul il est capable de produire primitivement l'infection, tandis que l'infection par les autres microbes est un épiphénomène consécutif aux troubles vaso-moteurs abdominaux.

Cette manière de voir nous a été suggérée par nos propres observations et par les recherches de Du Bouchet (1) qui a cherché à classer les affections utérines et qui conclut à l'existence de trois variétés de métrites.

1° métrite post-puerpérale.

2° — gonococcique.

3° — sans microbe et où tout semble prouver qu'il n'y en a jamais eu.

Du Bouchet dit à propos de la métrite gonococcique que souvent il a vu les microbes disparaître, gonocoque et autres, bien que les symptômes de la maladie ne se soient pas modifiées. Nous traduisons ce fait par : chronicité entretenue par des troubles circulatoires.

Quant aux métrites sans microbes nous en avons observé une chez une vierge dontla fente hyménéale admettait à peine l'extrémité de l'index. On ne pouvait trouver trace d'infection, mais tout au contraire montrait l'existence de troubles circulatoires locaux et généraux.

1. Du Bouchet, thèse Paris, 1897.

Bien souvent quand on demande à une femme depuis quand elle souffre, elle répond que depuis qu'elle est réglée elle a toujours souffert avant ou pendant ses règles Ces douleurs seraient-elles dues au microbe? On ne peut vraiment y songer.

Rétablissez dans cette région les conditions physiologiques et pour cela faites circuler le sang dans les plexus veineux qui entourent ces organes, vous permettrez ainsi au vagin de recouvrer ses sécrétions normales, vous lui permettrez de lutter avec succès contre le microbe qu'il abrite, il s'aseptisera lui-même, plus vite, plus parfaitement, plus sûrement qu'aucun antiseptique ne pourrait le faire.

Mais n'attendez pas pour venir en aide à des organes débilités qui se nourrissent mal, que la chronicité se soit établie, que la sclérose ou plutôt la pré-sclerose ait envahi les organes. C'est pour ces raisons que nous prétendons que les causes de la plupart des affections gynécologiques et des œdèmes abdomino-pelviens en particulier puisqu'ils précèdent ou accompagnent toujours des lésions organiques, doivent être cherchées dans la disposition anatomique des organes, dans leur structure, dans leur irrigation, dans leurs fonctions, dans leur rôle.

La constitution de la malade, ses antécédents, son genre de vie doivent entrer en ligne de compte. «Le développement des affections génitales, si difficile à comprendre quand on veut le rapporter à l'intervention d'une seule cause, devient d'une explication facile lorsqu'on réfléchit que dans le plus grand nombre de cas (1) ce sont

1. Aran, *loc. cit.*

des causes multiples qui ont agi de longue main sur le système utérin, préparant une maladie que des circonstances fortuites ou tout à fait insignifiantes ont fait éclater à un moment donné. N'oublions jamais que dans le domaine pathologique, ce sont des efforts complexes et multipliés qui amènent le plus souvent la maladie et c'est s'arrêter à la superficie des choses que de vouloir rapporter le développement des maladies à des influences en elles-même passagères et peu actives par cela seul qu'il s'est écoulé peu de temps entre l'action de ces influences et l'apparition de la maladie. »

« La dernière pierre d'un édifice a souvent été posée en quelques heures, mais combien a-t-il fallu de mois et d'années pour amener l'édifice à ce point où il a pu recevoir son couronnement ! »

Stapfer pense aussi que la genèse des maladies de la femme s'élabore de longue main et a pour principe l'arthritisme, constitution médicale héritée et parachevée grâce à une mauvaise hygiène, les troubles menstruels non soignés et abandonnés au correctif illusoire qu'on nomme « *bonne nature* », les professions sédentaires qui par une attitude congestionnante prolongée entravent la circulation abdomino-pelvienne, le défaut d'exercice physique et son exagération, les rapports conjugaux intempestifs, *la subinvolution de l'utérus consécutive à l'avortement ou à l'accouchement.*

Par dessus et après tout cela, le microbe peut faire son œuvre. « Remarquez, nous a-t-il souvent dit, que les affections génitales n'ont nullement diminué depuis que l'antisepsie est universellement employée ; au contraire,

et on peut se demander si l'abus des injections ne les a pas augmentées en privant le vagin de ses moyens de défense. »

« En tout cas les injections ne sont pas le meilleur moyen de prévenir les affections génitales. Le meilleur moyen, c'est l'hygiène, la gymnastique suédoise et les massages légers abdomino-pelviens qui, grâce au réflexe dynamogénique cardio-vasculaire, sont une véritable fontaine de Jouvence de la circulation entière, en assurant l'intégrité de l'abdominale. »

Il soumet maintenant, par principe et en règle, au traitement kinésique, les femmes qui ont avorté et il croit qu'on ferait bien d'y soumettre également les accouchées à partir du neuvième jour, tout au moins à l'hôpital. Il parle d'hôpital et fixe cette date, parce que, quoiqu'on fasse pour des raisons sociales, la grande majorité des accouchées se lève et part à ce moment. Or, leur utérus est en subinvolution ; ce sont par excellence des vulnérables soit par la reprise prématurée d'occupations qui favorisent les stases abdominales, au lieu d'activer la circulation et partant l'indispensable osmose, soit par des rapports conjugaux trop précoces dont le moindre inconvénient est d'entretenir la congestion quand ils n'apportent pas un microbe pathogène.

Les femmes s'astreindraient à venir chaque jour à l'hôpital, suivre le traitement kinésique, d'autant plus volontiers qu'elles éprouveraient de suite les bienfaits du réflexe dynamogénique : sensation de repos, de détente, légèreté de la marche, fonctions facilitées, forces rapidement augmentées, et, en deux ou trois semaines le

massage et la gymnastique auraient renouvelé les moyens de défense de leurs organes génitaux.

Nous avons indiqué qu'elle était chez la femme l'irrigation des organes génitaux intra-pelviens, circulation complexe, dans laquelle, par sa disposition même les anomalies, les troubles passagers ou persistants sont nécessairement multiples et ont des conséquences les plus importantes.

Tripier a écrit(1): « Si on examine un territoire sanguin déterminé, on voit le sang pénétrer et sortir en quantité et avec des vitesses variables; il y a équilibre quand l'arrivée a lieu facilement et quand le départ s'effectue de même. »

« Mais si par une cause quelconque, cette harmonie est rompue, les conditions mécaniques de la circulation vont être troublées et plusieurs combinaisons peuvent se produire suivant que l'arrivée est excessive ou insuffisante, tandis que le départ est insuffisant ou excessif ».

« Si l'afflux artériel est excessif ou normal et que le départ veineux reste normal ou devienne moindre la région gardera trop de sang, l'hyperhémie deviendra rapidement congestion ».

« Si l'afflux artériel reste normal ou devient moindre et que le départ veineux soit assez facile pour prévenir la congestion mais pas assez pour débiter le sang qui arrive lentement par les artérioles, on verra s'établir petit à petit l'état de stagnation, chronique d'emblée, désigné autrefois sous le nom de stase. »

1. Tripier. *Leçons cliniques sur les maladies de la femme.*

Congestion et stase sont les conséquences de l'insuffisance absolue ou relative de la circulation veineuse, ce sont des conditions pathologiques ou tout au moins subpathologiques. Comment vont se terminer ces congestions? Trois modes, il nous semble, peuvent se produire :

Par résolution si l'équilibre se rétablit sans trop tarder entre l'arrivée et le départ.

Par inflammation si, dans ce terrain préparé par l'insuffisance de sa circulation, un agent infectieux vient à pénétrer; il pourra y avoir auto ou hétéro-infection.

Par stase si les conditions infectieuses ne se trouvant pas réalisées, une thérapeutique rationnelle ne vient pas activer la circulation difficile de cette région, et l'aider à retrouver son état physiologique : ces troubles circulatoires étant forcément accompagnés par des troubles de l'innervation vaso-motrice, l'œdème va en être la conséquence.

Ranvier a démontré, dans une série d'expériences que le système nerveux peut avoir une part dans la production de l'œdème et que la stase n'est pas toujours suffisante pour provoquer son apparition. La ligature de la veine fémorale et même de la veine-cave inférieure chez un chien ne provoque pas d'œdème des membres inférieurs. Si on sectionne le sciatique un œdème très prononcé apparaît aussitôt sur le membre dont la veine est ligaturée.

Vulpian attribue également un rôle très important aux troubles fonctionnels des vaso-moteurs dans la production de l'œdème. Ce serait d'après lui à ces troubles qu'est due l'infiltration séreuse qui peut se montrer dans les membres et les diverses autres parties du corps !

Stapfer a rattaché aux troubles de l'innervation vaso-motrice toutes les formes d'œdème même celle qu'il a décrite sous le nom de panniculite et que nous avons simplement mentionnée. Josephson (1) la rattache aussi à des troubles nerveux vaso-moteurs.

Si ces états congestifs du paramètre sont favorisés par la disposition même du réseau vasculaire qui irrigue la région, par les larges anastomoses de ces veines entre elles, par l'absence de muscle venant favoriser le cours du sang, par leur contraction, par leur situation déclive, par l'absence de valvules, il s'y joint encore une autre raison, c'est la congestion périodique qui aboutit aux règles, congestion passagère et physiologique mais qui au moindre trouble, s'accroît, se prolonge, se suspend ou reparaît deux fois chaque mois créant ainsi ce que M. Stapfer a décrit sous le nom de double molimen, qu'ils soient hémorrhagiques (Aran) ou frustes (Stapfer), c'est-à-dire qu'ils aboutissent les deux fois à un écoulement de sang, ou bien que la congestion supplémentaire ne se manifeste que par des troubles divers, pesanteurs, fatigue, leucorrhée, troubles psychiques, crises douloureuses sans que l'apparition du sang ne vienne terminer la scène mettant fin aux douleurs et à tous ces troubles.

L'arthritisme et toutes ses misères coïncide souvent avec les troubles génitaux de la femme qui semblent n'être qu'une manifestation de cette grande diathèse.

Nous avons pu constater chez nos malades la présence

1. Josephson. *Cellulite de la paroi abdominale, citée dans traité de kinésithérapie de Stapfer*, page 607.

de varices, d'hémorrhoïdes, et de toutes les tares arthritiques ! Les dilatations des veines hémorrhoïdales nous semblent être bien souvent sous la dépendance des mêmes causes que les troubles circulatoires abdomino-pelviens. Nous les voyons suivre le même cycle, augmenter au moment du molimen intercalaire, devenir procidentes et douloureuses, se rompre parfois, et donner lieu à un écoulement de sang qui supplée, ou complète les règles.

Toute origine infectieuse à part, ne doit-on pas voir un certain lien entre les troubles de la circulation ano-rectale et ceux que nous observons dans le paramètre.

L'anémie, la chlorose, la neurasthénie sont autant de facteurs capables de rompre l'équilibre de la circulation abdominale.

L'arrêt brusque des règles, qu'elle qu'en soit la cause, peut ouvrir la scène des misères gynécologiques !

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Quelques-uns des symptômes par lesquels se manifestent les œdèmes abdomino-pelvien sont communs aux œdèmes séreux et aux œdèmes fibro-plastiques d'autres sont spéciaux à l'une ou à l'autre de ces catégories. Nous les indiquerons chemin faisant.

Les symptômes sont généraux et locaux, subjectifs et objectifs. Ils se manifestent ou subissent une recrudescence au moment des molimens.

Les troubles généraux consistent en malaises, pesanteur des membres, fatigue, courbature. Les troubles du tube digestif sont souvent très intenses, quelquefois même, les accidents de dyspepsie dominent la scène.

L'épigastre est ballonné, l'intestin est distendu par des gaz, la pression épigastrique est douloureuse et la constipation opiniâtre. L'appétit disparaît complètement; si la malade mange, même légèrement, les aliments provoquent une sensation de pesanteur, de gonflement extrê-

mement pénible ; il y a quelquefois un état nauséeux auquel peuvent succéder des vomissements. Du côté de la vessie on observe fréquemment des troubles divers ; les urines sont troubles et peu abondantes, les mictions sont douloureuses sans qu'il y ait d'infection uréthrale.

Le caractère devient inégal, difficile, on peut observer des troubles nerveux qui paraissent ne se rattacher à rien, des douleurs vagues, mal définis, et une véritable endance à l'hystérie (1).

Les troubles locaux consistent en un gonflement du ventre qui devient dur en même temps qu'il augmente de volume, sans que cette augmentation et cette induration puissent être expliquées par l'accumulation de matières et de gaz dans l'intestin. La sensation d'un poids périnéal n'est pas rare. A cette sensation de poids peut s'ajouter celle de béance vulvaire, de descente et d'issue d'un corps sans que la vulve soit même entrebaillée, sans qu'il y ait le plus léger degré de prolapsus vaginal, rectal ou utérin ; beaucoup de femmes se rapportant uniquement à ce qu'elles ressentent, croient qu'elles ont une descente de matrice alors que l'utérus est haut situé et n'a aucune tendance à se prolaber.

D'autres disent, « je perds mon ventre ; je m'assieds sur mon utérus » expressions imagées qui nous semblent bien caractériser la nature de ces troubles.

Ce sont ces différentes sensations qui ont créé le mode du pessaire et causé l'abus qu'en font les femmes et les

1. Quinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie.* Thèse, Paris, 1889.

médecins. Les femmes sont excusables, puisqu'elles en éprouvent souvent un soulagement, les médecins ne le sont pas, puisqu'ils font une erreur de diagnostic et n'instituent pas la seule thérapeutique rationnelle qui serait la kinésithérapie.

Parmi les malades que nous avons traitées, beaucoup portaient pessaire ou ceinture, dans tous les cas nous avons immédiatement retiré l'un et vite fait abandonner l'autre. Les pessaires à demeure ne sont pas sans inconvénients, les troubles qu'ils causent sont nombreux quelquefois même graves. On ne place jamais sans préjudice un corps étranger à demeure dans une cavité de l'organisme, car il distend et traumatise constamment les tissus; nous avons vu une femme chez laquelle un pessaire entretenait depuis plusieurs mois un écoulement de sang ; si les femmes sont quelquefois soulagées par cet appareil, ce sont celles qui l'ôtent et le remettent fréquemment qui éprouvent les soulagements les plus grands car comme le disait Brandt à M. Stapfer, chacune de ces opérations constitue un véritable massage.

Quoique ces symptômes subjectifs aient une réelle valeur et suffisent quelquefois à eux seuls, c'est l'exploration de la région abdomino-pelvienne qui donne les renseignements les plus précis. Le médecin constate l'augmentation du ventre, s'il a pratiqué des examens antérieurs, hors des périodes moliminaires. La paroi abdominale ne se laisse pas déprimer, il y a une sorte d'empâtement général. Les organes sont devenus indistincts. L'œdème en changeant consistance et volume a tout obscurci. A ce propos, on peut rappeler ce que disait Pajot aux élèves

qui, examinant une femme pour la première fois, voulaient faire la topographie des organes génitaux. « N'inventez pas, vous ne sentez que du chaud et du mou » quelquefois du dur pourrions-nous ajouter. Si les organes génitaux se laissent délimiter, et toujours si l'on a pour point de comparaison des examens antérieurs pratiqués hors des périodes moliminaires, on trouve ces organes déformés, gros, les ligaments épaissis, indurés.

Quelquefois le point de comparaison n'est pas nécessaire il ne s'agit plus d'augmentation de volume ou d'indurations relatives, mais absolues, et quoique passagère cette déformation est prise pour définitive. C'est alors que les erreurs de diagnostic ont libre carrière. Nous en donnerons plusieurs exemples au chapitre diagnostic.

Parmi les troubles fonctionnels qui peuvent accompagner les œdèmes tels que la leucorrhée, l'écoulement sanguin, nous insisterons sur les besoins fréquents et impérieux d'uriner qu'il ne faut pas confondre avec l'incontinence d'urine ou avec la polyurie que détermine le massage du ventre chez les cardiaques (Caudru-Huchard). Ce sont de violentes épreintes. Dans ce cas, si l'on explore la région post-pubienne et péri-uréthrale, on constate souvent l'induration et l'absence d'élasticité des tissus, la tension de la voûte vaginale. La vibration digitale exercée avec la pulpe de l'index (Procédé de Brandt), ou le massage par frictions fortes, moins recommandable, (Nahrich de Smyrne) sont très efficaces contre ces épreintes douloureuses. Ils agissent en dissipant l'œdème et en rendant la souplesse aux tissus indurés.

Les œdèmes sont généralisés ou localisés : par généra-

lisés nous entendons qu'ils occupent une étendue plus ou moins grande du département abdomino-pelvien, puisque nous ne nous occupons pas spécialement de la nodosité rhumatismale, forme spéciale, qualifiée par M. Stapfer de penniculite et qui, découverte par les Suédois a été signalée par eux (Salin-Josephson) dans toute l'étendue du tissu connectif sauf à la paume des mains et à la plante des pieds.

Les œdèmes localisés occupent des points fort divers, on les rencontre partout, puisque le tissu conjonctif est partout. Nous venons de signaler l'une de ces localisations; on les observe dans les ligaments dans le plancher du bassin, autour des ovaires, des trompes, dans l'épaisseur des parois vaginales.

Leur forme est variable ; diffus ils n'en ont point de précise. Localisés et volumineux, ils se présentent sous l'aspect de tumeurs ; localisés et petits ils épousent la forme des organes autour desquels ils se développent.

Dans les ligaments, ce sont des cordes plus ou moins épaisses ou des nappes, autour des trompes ce sont des fourreaux qui triplent ou quadruplent le volume de ces conduits, autour des ovaires, ce sont des coques, autour du vagin, ce sont des anneaux. Nous avons constaté plusieurs fois le fait et M. Stapfer nous disait dernièrement qu'il avait observé un de ces anneaux sur une malade qui avait une tumeur de nature problématique incluse dans le ligament large droit et dont l'utérus avait quintuplé de volume au moment du molimen intercalaire. L'anneau siégeait dans le tissu supérieur du vagin cerclant le col utérin. Le massage l'avait fait disparaître. En même

temps les douleurs sacro-lombaires éprouvées par la malade étaient évanouies.

Les légers effleurages font résorber instantanément les œdèmes de récente formation, car ils rentrent dans la catégorie des œdèmes séreux, les œdèmes fibro-plastiques sont plus résistants.

La consistance des œdèmes est dure ou molle, aussi bien pour les séreux que pour les fibro-plastiques. Elle dépend à la fois de l'ancienneté de l'infiltration, de sa nature, des modifications histologiques, de la laxité plus ou moins grande du tissu connectif où la sérosité et les éléments figurés s'épanchent et stagnent.

La consistance de l'œdème séreux dur est comparable à celle du sclérème des nouveau-nés ; la consistance de l'œdème fibro-plastique dur est ligneuse.

Trois des quatre signes de l'inflammation, rubor, tumor, dolor et calor, caractérisent les œdèmes.

La rougeur manque dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas puisque l'affection est essentiellement chronique, sans tendance à la suppuration.

Nous la laisserons donc de côté. Quant au gonflement c'est à proprement parler l'œdème, nous venons d'en énumérer les formes variées et les aspects divers.

Ajoutons qu'il ne garde pas l'empreinte du doigt. Il peut disparaître sous la pression, qu'il soit mou ou dur, à condition qu'il soit de formation récente, mais il ne se laisse pas creuser en godet phénomène fort précieux comme nous le dirons, pour éviter la confusion avec les masses fécales. Le signe pathognomonique des œdèmes consiste dans leur

volume proteique nous y reviendrons à propos du diagnostic.

La douleur offre toutes les formes, continue, intermittente, lancinante, cuisante, gravative surtout, et tous les degrés. Extrêmement vive dans certains cas, elle est nulle dans d'autres, et chose curieuse, elle est en général d'autant plus marquée que les œdèmes sont moins volumineux. Ainsi les nodosités de la panniculite sous-cutanée abdominale, les indurations pelviennes très localisées, éveillent à la pression une douleur telle que la malade ne peut la supporter longtemps sans que le visage se congestionne ou s'altère, sans éprouver le plus grand malaise. On peut voir apparaître des accidents hystériformes. L'affection disparue ou atténuée, ces troubles ne se reproduisent plus. Cette diversité de la souffrance s'explique sans doute par le genre et le nombre des filets nerveux englobés dans les œdèmes, par l'altération de ces filets, par le degré de compression que leur fait subir un tissu conjonctif dense et sclérosé ou bien peut-être par le voisinage de petites varices. Il faut aussi tenir compte du degré d'hyperesthésie de la malade en se gardant de confondre œdèmes douloureux et zone hystérogène, lesquels peuvent exister simultanément, mais la part à faire à la névrose et à l'œdème est faite puisque l'œdème est une lésion saisissable par le toucher et la palpation simple, ou la palpation combinée avec le massage.

Il faut savoir aussi que la région occupée par l'œdème, les tiraillements auxquels sont exposés les organes immobilisés et envahis par lui, jouent un rôle important;

ainsi les ovaires et les trompes œdématiés, disloqués et fixés sont en général d'une extrême sensibilité.

Les douleurs sont spontanées ou provoquées, abdominales droites ou gauches ou généralisées, péri-ombilicales, lombo-sacrées, fémoro-pelviennes, inguinales, périuréthro-vésicales, rectales ; ces dernières provoquées par l'effleurage des parois-pelviennes sont pathognomoniques quand il n'y a ni rectite, ni hémorrhoïdes, ni fissure. Les douleurs sont accrues par le mouvement pour s'asseoir, pour se relever, par le redressement, l'inclinaison latérale et la torsion du tronc avec résistance du médecin, par les trépidations, le saut, la marche, la station debout prolongée, les cahots, par le tapotement sacro-pelvien pratiqué doucement à l'aide du poing, par la pression des vêtements, par le passage des gardes-robes, par les rapports sexuels, par les molimens menstruels et intercalaires, par le début des règles si l'écoulement s'installe avec peine.

Les douleurs propres à l'œdème se compliquent quelquefois de coliques utéro-salpingiennes et de crampes que les malades qualifient de rectales.

M. Stapfer n'a jamais pu saisir sur le fait ces crampes tandis que des contractions salpingiennes ou utérines, origine des coliques, moins rares il est vrai, sont aisément perçues pendant le massage. Le releveur de l'anus produit peut-être ces crampes par sa contraction ; celle des sphincters n'est pas douteuse et assez fréquente, celle des fibres lisses ligamentaires également. Le doigt qui touche les perçoit.

Des trois signes de l'œdème abdomino-pelvien, la

chaleur est le moins constant, ce qui prouve encore la faible tendance à l'inflammation et à la suppuration ; mais dans certains cas subaigus on perçoit sans peine l'élévation de température du rectum.

Elle est localisée, sa communication au doigt qui explore les organes peut quelquefois devenir très gênante, c'est une sensation de brûlure.

L'*inspection* du ventre ne peut donner de renseignements nets, bien qu'elle permette d'apprécier le ballonnement abdominal.

La *palpation* montrera les muscles de la paroi, tendus comme une sangle du pubis au sternum, ou bien elle fournira une sensation d'empâtement général, ou bien encore on appréciera la rénitence de l'abdomen, sensation comparable à celle que l'on a quand on déprime un ballon à demi-gonflé.

On peut quelquefois, par la palpation, sentir la tumeur œdémateuse, mais c'est là phénomène rare, car les annexes avec leur coque œdémateuse s'abaissent plus souvent qu'elles ne s'élèvent.

La *malaxation* (1) de la paroi abdominale permet de reconnaître la panniculite tantôt diffuse, tantôt localisée sous forme de noyaux.

1. Pour pratiquer la malaxation de la paroi abdominale on saisit entre le pouce et les autres doigts un pli de la peau du ventre (peau et tissu cellulaire) on le pétrit légèrement et on recommence. Quand il y a des noyaux œdémateux dans le tissu cellulaire de la paroi, cette pratique est très douloureuse. Les noyaux œdémateux que l'on perçoit d'une façon diffuse au début, se sentent nettement, se circonscrivent après un certain nombre de séances.

Le *toucher vaginal* rend de grands services, il montre la mobilité, la situation du col, l'état des culs-de-sac, leur effacement ou leur réplétion.

Il permet encore de se rendre compte de la tension des parois vaginales qui quelquefois est très grande, de la température locale qui peut être augmentée ; on sent aussi si la muqueuse est sèche ou lubréfiée par du mucus.

Mais ce ne sont que des renseignements incomplets. C'est le *toucher vaginal* combiné à la *palpation abdominale* et au *massage* que nous emploierons toujours.

Il n'y a pas de procédé (Stapfer) qui vaille celui-là, à condition d'être quotidiennement répété pendant un espace inter-menstruel entier. On constate alors l'aspect protéique des lésions, leurs variations à époque fixe, augmentation, diminution, disparition.

C'est dans un cul-de-sac que le plus souvent nous rencontrerons la tumeur œdémateuse, comprise entre le doigt qui touche et la main qui palpe ; nous aurons la sensation d'un corps pâteux ou dur, douloureux à la pression, de forme globuleuse, et d'un volume variable' grosse comme une noix, un œuf et quelquefois davantage. Cette tumeur suivant sa situation pourra effacer complètement le cul-de-sac et faire saillie dans le vagin. Elle peut être accollée au corps ou à l'isthme de l'utérus, leur étant intimement unie, sans qu'il soit possible de sentir de sillon entre eux ; d'autres fois entre l'utérus et la tumeur il y a une ligne bien marquée, qui permet d'apprécier le volume de chacun.

Le corps de l'utérus est le plus souvent dévié, incliné

vers la tumeur ou au contraire repoussé par elle dans une direction opposée.

Quand on ne peut percevoir de sillon entre la tumeur et l'utérus, il peut être absolument impossible de dire par quoi est formé la masse que l'on explore, elle présente une forme globuleuse, elle a une consistance fibreuse, et suit l'utérus dans tous les mouvements que l'on peut lui imprimer ; il nous est arrivé de croire à la présence d'un fibrome, alors que nous n'avions affaire qu'à une tumeur œdémateuse péri-annexielle, située au niveau du fond de l'utérus. En pratiquant le traitement kinésique, notre diagnostic s'est éclairé, le sillon s'est creusé et les annexes se sont dégagées. Ces tumeurs œdémateuses qui sont développées dans l'épaisseur des ligaments larges, immobilisent l'utérus ; ce sont elles qui donnent, quand on pratique le toucher, l'impression que le museau de tanche est mobile mais implanté sur une masse compacte immobile qui occuperait la plus grande partie du petit bassin. Cette base est formée par le corps de l'utérus et par les deux ligaments larges œdématiés et indurés.

Il peut arriver que par le toucher vaginal associé à la palpation on ne rencontre pas de tumeur ; de ce résultat négatif on ne doit pas conclure qu'il n'y en a pas, car elle peut être située en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas et passer inaperçue si on néglige de pratiquer le toucher rectal qui fournit toujours des renseignements d'une grande valeur. C'est en effet le seul moyen d'explorer la face postérieure et le fond des utérus retrodéviés et c'est le chemin le plus direct pour se rendre compte, de l'état de l'isthme et des ligaments de Douglas ; c'est

encore par ce moyen qu'on arrive à explorer le mieux trompes et ovaires quand ils sont prolabés, ce qui est très fréquent.

En combinant le toucher vaginal, le toucher rectal, le palper abdominal et le massage on arrive à avoir des renseignements très précis sur la topographie de l'appareil génital.

Les grosses tumeurs œdémateuses ne sont pas toujours les plus douloureuses, plusieurs fois nous avons vu des malades qui accusaient de très légères douleurs au niveau de leur grosse tumeur tandis que du côté opposé elles éprouvaient de violentes souffrances au niveau d'un petit ovaire ou d'une trompe prolabés.

Grosses lésions muettes, petites lésions tapageuses (Stapfer). Les tumeurs œdémateuses péri-annexielles se déplacent, elles s'élèvent ou s'abaissent. Il nous est arrivé de trouver à un premier examen, une tumeur grosse comme un œuf, située profondément derrière l'utérus, contre le ligament de Douglas et faisant saillie dans le rectum, par le vagin on en sentait la partie supérieure, par le palper abdominal on ne trouvait absolument rien. Au bout de quelques jours, la tumeur s'élevait, plus de saillie dans le rectum, elle occupait le cul-de-sac latéral droit du vagin et on commençait à la deviner à travers la paroi.

L'ascension continuant, on ne sentait plus rien par le rectum, la partie inférieure seule de la tumeur était perçue par le vagin et elle soulevait légèrement la paroi abdominale. Une fois superficielle, presque sous cutanée, la tumeur qui était dure, se ramollit vite, et bientôt après des alternatives de durcissement et de ramollissement elle

s'effaça complètement et nous pûmes percevoir la trompe et l'ovaire qui étaient contenues dans la tumeur.

Les symptômes des œdèmes ligamentaires sont sensiblement les mêmes que ceux des œdèmes péri-annexiels, on les observe surtout autour de l'isthme de l'utérus, dans la base des ligaments larges, et dans les ligaments de Douglas.

Au niveau de l'isthme, au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, le tissu cellulaire du ligament large est souvent infiltré, on trouve alors une masse dure qui représente et l'utérus et ses ligaments, on peut difficilement les distinguer, car ils ont même consistance et même volume. Tout espèce de mouvement est impossible, et si plaçant un doigt sur la face antérieure du col, on appuie légèrement, repoussant le col en arrière, immédiatement la malade accuse une vive douleur. C'est cette infiltration également qui rend parfois si douloureuse l'exploration des culs-de-sac.

Les ligaments de Douglas, replis du péritoine dont le bord libre est mince et tranchant, en forme de faucille, deviennent épais, gros comme le doigt, rigides, parfois très douloureux, ressemblant à une corde tendue de l'utérus au sacrum.

Toutes ces altérations, qui souvent se montrent en même temps, chez une même malade, ont entre elles un lien intime ; elles s'engendrent, s'accompagnent, s'ajoutent les unes aux autres, elles sont sous la dépendance d'une même cause : l'activité insuffisante de la circulation abdominale, elles nous semblent donc justifiables d'un même traitement et ce sera le traitement kinésique que

nous proposerons comme le meilleur, le plus sûr et le plus efficace ; le seul capable de relever l'état général et d'agir en même temps sur l'état local. S'il n'agit pas directement sur la lésion annexielle, (et ce n'est pas prouvé) il agit du moins sûrement sur la circulation abdominale qui est ici le facteur principal, puisque c'est elle qui entretient la chronicité de l'affection, si elle ne l'a pas créé de toutes pièces.

CHAPITRE VI

Marche.

On peut assigner schématiquement aux accidents de début un mode aigu ou sub-aigu et un mode chronique, véritablement insidieux.

Dans le premier cas, soit à la suite d'un avortement, ou d'un accouchement normal, soit en bon état de santé sans cause apparente, la malade est prise d'accidents assez graves du côté de l'abdomen. Il semble que le petit bassin soit envahi par une inflammation qui englobe en masse le péritoine, le tissu cellulaire et les annexes.

Mais cette crise ne se prolonge pas au-delà de quelques jours. La fièvre tombe rapidement, les phénomènes subaigus remplacent les aigus et l'exploration permet de reconnaître une tumeur plus ou moins volumineuse qui englobe les annexes.

Ce début brusque n'est pas le plus fréquent, il est en général chronique, insidieux et on pourrait difficilement préciser le moment où a commencé l'affection.

Des douleurs tantôt unilatérales, tantôt bilatérales se sont montrées depuis longtemps, irrégulièrement d'abord, ou plutôt avec une régularité qui échappait à l'observateur, car ces douleurs apparaissent au moment du molimen ; les bonnes périodes se sont faites de plus en plus rares, puis bientôt, les douleurs sont devenues continuelles et plus vives, il y a eu une petite poussée aiguë, avec légère élévation de température, les règles sont devenues irrégulières, c'est alors que la malade vient réclamer un soulagement à ses maux.

Ce début n'a rien de caractéristique, il n'est pas propre aux tumeurs œdémateuses, c'est naturellement celui des annexites puisque ce sont elles qui, le plus souvent, engendrent et sont le point de départ de l'inflammation du tissu cellulaire péri-tubaire, oophorien et de tout le paramètre.

Pour se rendre compte de la marche que suivent ces affections, de leur développement, de leurs transformations il est indispensable de pratiquer l'examen de la malade chaque jour pendant une période de 28 jours au moins. La rapidité avec laquelle ces tumeurs changent de consistance et de volume est un de leurs grands caractères. M. Stapfer a qualifiées de protéïques, toutes les lésions génitales exprimant ainsi en un mot les transformations que l'on peut observer d'un jour à l'autre grâce aux œdèmes ambiants. De là, la valeur diagnostique du massage.

A certaines époques déterminées, la tumeur augmente de volume et durcit.

Au moment du premier molimen, tout le bassin est congestionné, la tumeur augmente de volume, double quel-

quefois ou se reproduit de toutes pièces si elle avait disparu, pour de nouveau diminuer ou disparaître du quinzième au vingtième jour du mois, augmenter de nouveau du vingtième au vingt cinquième jour, s'évanouir complètement ou diminuer encore la veille des règles. Tel est le cycle que parcourent ces tumeurs œdémateuses pendant un temps variable, quelquefois assez long jusqu'à ce que grâce à un traitement approprié qui sera le traitement kinésique, la circulation étant redevenue normale, les conditions physiologiques de la région se trouvent rétablies.

Quand elles sont négligées, ces tumeurs œdémateuses ont une évolution extrêmement longue et peuvent persister pendant des années avec des exacerbations et des remissions au milieu de troubles nerveux variés. Plus on les néglige, plus on les laisse vieillir, plus ces tumeurs deviennent difficiles à guérir.

Les tissus ont perdu leurs propriétés, la sclérose a tout envahi.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic des œdèmes se fera facilement si l'on observe avec soin les principaux symptômes que nous avons décrits.

Le ballonnement du ventre que l'on rencontre si souvent chez les femmes atteintes génitalement, devra immédiatement faire songer à la présence possible d'une tumeur œdémateuse, car il relève des mêmes causes ; ce n'est ni du tympanisme ni de l'accumulation des matières fécales qui produisent cette distension abdominale, pas plus qu'il ne faudrait attribuer à une indigestion ce que M. Stapfer a décrit sous le nom de diarrhée moliminaire. De même que les ligaments œdématiés, l'intestin est parésié.

C'est le ralentissement du courant sanguin, produisant l'hyperhémie, la stase, l'infiltration, qui engendre cette augmentation du ventre, toujours accompagnée d'empâte-

ment, d'œdème du tissu cellulaire de la région utéro-annexielle.

Un des grands caractères de ce ballonnement est d'être périodique, il revient, comme tous les troubles dépendant de l'insuffisance circulatoire, à époques fixes, au moment des molimens, pour disparaître la veille des règles, alors que la circulation abdomino-pelvienne devient facile et active. Quand le ventre se ballonne et perd son élasticité, la tumeur œdémateuse si elle existait se modifie, s'immobilise, augmente de volume et devient dure, si elle n'existait pas, elle se forme, si elle avait disparu elle reparaît.

Ce sont ces modifications de volume et de consistance qui sont les signes pathognomoniques des œdèmes abdomino-pelviens ; leur aspect est « protéique » et c'est ce caractère qui sera la pierre de touche des diagnostics différentiels. Mais afin de pouvoir établir ce diagnostic, répétons encore, comme le dit sans cesse M. Stapfer : il est de toute nécessité pour connaître la nature des tumeurs que l'on rencontre dans le paramètre, de pratiquer le traitement kinésique et d'examiner le malade pendant une période de 28 jours au moins. C'est à cette condition seulement que l'on pourra éviter des erreurs graves, à cause même des modifications d'aspect, de volume et de consistance des tumeurs œdémateuses. Nul ne peut apprécier sans examens réitérés accompagnés de massage ce que ces tumeurs cachent : un paquet de varices, un ovaire scléreux, un fibrome, un kyste, une salpingite suppurée, une grossesse extra utérine. *Que de fois la montagne accouche d'une souris.* Les exemples ne manquent pas,

un des plus frappants est le fait qu'il cite dans son traité.

M. Stapfer a vu conseiller l'opération immédiate pour une péri-salpingite prise pour une grossesse extra-utérine, conseil donné par un professeur très réservé sur les interventions chirurgicales, et qu'un autre chirurgien ne trouvait pas motivé.

Ils n'avaient pas examiné la femme le même jour ; la tumeur s'était modifiée, ainsi s'expliquait cette différence de diagnostic après un examen unique.

Une autre fois, il a vu deux chirurgiens préparer l'hystérectomie pour une volumineuse cellulite peri-oophoro-tubaire accompagnée de fièvre, de douleurs vives localisées à la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le pli de l'aine, la hanche et la cuisse, sans vomissement, ni tension, ni sensibilité du ventre, phénomènes attribués par ces chirurgiens, dont l'un est justement réputé pour son expérience clinique, à une poussée de péritonite autour d'un foyer oophoro-salpingien purulent.

L'opération fut fixée pour le lendemain, mais heureusement pour la malade, tous les symptômes s'étaient amendés et la famille demanda l'expectation. Quelques jours plus tard la fièvre n'avait pas reparu, le cul-de-sac reprenait sa souplesse, l'utérus se mobilisait, et bientôt tout rentra dans l'ordre.

M. Stapfer nous racontait ces jours derniers qu'il avait vu une infiltration péri-utérine moliminaire quadrupler le volume d'un utérus, celui-ci remontait presque jusqu'à l'ombilic. Elle aurait été certainement prise pour un fibrome par n'importe quel gynécologue, examinant cette malade au moment de cette hyperplasie. La consistance et le vo-

lume étaient tels que la malade percevait elle-même la tumeur à travers ses parois abdominales, adipeuses cependant, M. Stapfer se demandait s'il n'assistait pas à l'évolution d'un fibrome ; mais **à la veille des règles,** *l'utérus avait retrouvé sa forme et sa consistance physiologique.*

Nous pourrions citer nombre de cas du même genre.

Le diagnostic avec un fibrome développé dans le ligament large ou sur les côtes de l'utérus, est dans certains cas, un des plus délicats à faire, car ni le siège, ni la forme, ni la consistance ni l'absence ou la présence de douleurs, ni les symptômes fonctionnels ne permettent de trancher la question. Ce sont les modifications perçues au jour le jour seules qui éclaireront le diagnostic.

Le fibrome ne variera pas de consistance, il se mobilisera et diminuera un peu de volume, par le traitement kinésique, tandis que la tumeur œdémateuse, au bout d'un certain temps, aura complètement changé d'aspect ; elle aura notablement diminué, se sera ramollie irrégulièrement, les points durs indiquant la présence des annexes ; au moment du molimen elle redeviendra dure et volumineuse, puis suivant un cycle bien défini, disparaîtra complètement laissant percevoir des annexes grosses qui ne tarderont pas à diminuer de volume et à reprendre leurs caractères normaux.

Le corps de l'utérus rétro-fléchi peut quelquefois faire croire à la présence d'une tumeur œdémateuse, ou inversement une tumeur œdémateuse méconnue faire supposer que l'on a affaire au corps de l'utérus hypertrophié et rétrofléchi. Quand on trouve un sillon entre les deux

tumeurs le diagnostic se simplifie, mais comme nous l'avons dit, le sillon peut manquer et on ne sent qu'une masse homogène, et de consistance uniforme. Ce n'est qu'après avoir dissipé par le massage, l'œdème qui cimentait le corps utérin et la tumeur, que le sillon se creuse et que le diagnostic s'éclaire, car aucun sympôme ne peut dans ce cas indiquer la nature de la lésion.

Quand la tumeur est formée par le fond de l'utérus rétro-dévié on mobilise l'organe, on le fait diminuer, on le fait se contracter par le massage.

Jamais nous n'employons pour faire ce diagnostic l'hystéromètre qui nous semble un instrument souvent dangereux et donnant peu de renseignements précis et utiles.

Le diagnostic entre une tumeur œdémateuse et une tumeur stercorale, n'est souvent possible que grâce à ce caractère des œdèmes pelviens, qu'ils ne gardent pas l'empreinte du doigt, tandis que la masse fécale se laisse déprimer et écraser.

La douleur est un signe infidèle, car parfois la tumeur œdémateuse sera peu sensible à la pression tandis que la tumeur stercorale sera le siège de vives douleurs pouvant en imposer pour un gros ovaire prolabé et œdématié

Les noyaux œdémateux de la paroi abdominale (panniculite, nodosités rhumatismales, Stapfer) ont souvent fait porter le diagnostic d'hystérie ou tout au moins fait croire à l'existence de zônes hystérogènes chez des malades surexcitées par les douleurs insupportables qu'elles enduraient.

La malaxation de la paroi abdominale en circonscrivant ces noyaux, en faisant disparaître l'œdème séreux

ambiant, montrait la vraie nature de cette pseudo-hystérie, puisque au bout de quelques jours de traitement on pouvait saisir entre deux doigts la cause de ces douleurs intolérables parfois; quand ces noyaux œdémateux ont disparu, les douleurs et les zones hystérogènes n'existent plus.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Le pronostic de ces lésions est grave si l'on tient compte de tous les accidents qu'elles peuvent engendrer lorsqu'elles sont négligées ou méconnues. Ces malades en effet se déshabituent de la marche parce qu'elle les fatigue, s'immobilisent parce que le moindre effort leur est pénible, et deviennent peu à peu de véritables infirmes anémiées, dyspeptiques et nerveuses, vouées aux accidents hystériformes de par leur lésion génitale, puis bientôt à la cachexie; elles meurent alors victimes de la chronicité de leur affection.

Le tableau est souvent beaucoup moins sombre, bien que toujours sérieux à cause des longues semaines qu'il faut pour modifier ces lésions, et à cause aussi des opérations aussi variées qu'inutiles qu'elles peuvent susciter. Ces affections guérissent quelquefois spontanément, quand disparaissent les causes qui les ont engendrées et sur-

tout quand une bonne thérapeutique vient seconder les efforts de la nature.

Nous entendons une thérapeutique qui ne se borne pas à des soins antiseptiques pour une affection qui est entretenue par des troubles circulatoires.

Il faut que ce soit une thérapeutique qui agisse sur la stase sanguine, sur les congestions pelviennes. Car dans la majorité des cas le pronostic dépend du traitement employé. Malgré la valeur des anciens traitements, il n'en est aucun qui soit comparable à la kinésithérapie, le seul de tous les traitements qui lutte directement contre les stases, les œdèmes, et *la présclérose*, qui, quand elle est installée, assombrit toujours le pronostic, la guérison étant très éloignée quand elle est possible.

CHAPITRE IX

Traitement et Observation.

C'est la Kinésithérapie (massage, gymnastique) qui nous semble devoir être le traitement de choix pour guérir les œdèmes abdomino-pelviens, et les troubles circulatoires qui les engendrent ; c'est à elle seule que nous nous sommes adressés, et c'est par elle que nous avons obtenu nos très beaux résultats.

Nous ne pouvons décrire cette méthode ici et nous renvoyons au livre de M. Stapfer : *Traité de Kinésithérapie gynécologique*, pour tous les détails qu'elle comporte.

Empirique chez les Suédois, rendue scientifique en France par Stapfer, cette méthode thérapeutique donne d'excellents résultats et chacun pourrait s'en rendre compte dans le service de gynécologie de Baudelocque.

Observation I

B..., 31 ans, couturière. Réglée à 14 ans, toujours abondamment. Mariée en 1894. Ses règles continuent à être régulières et indolores. Deux avortements de 3 mois 1/2 dont la cause nous échappe, l'un en 1894, l'autre en 1896.

A la suite de son deuxième avortement a porté un pessaire pendant trois mois.

Après un retard de règles de quelques jours, elle aurait absorbé une potion afin de faire reparaître le sang. Le 8 février les règles viennent abondantes, depuis ce moment, douleurs vives au niveau de l'utérus et dans tout le bassin.

Vient consulter le 15 février.

Etat général. — Mauvais, facies gynécologique, inappétence, douleurs vives dans le ventre, la région lombaire et les cuisses.

Etat local. — Utérus semblant volumineux et rétroversé, on ne perçoit pas les annexes.

Le ventre est dur ne permet pas un examen complet. Nous prenons la malade en traitement : frictions circulaires sur la paroi abdominale autour de l'utérus, gymnastique décongestionnante.

25 février. — Règles en avance de trois jours, vives douleurs pendant les quatre jours qui les ont précédées.

2 mars. — Fin des règles ; a peu souffert pendant la période menstruelle.

8 mars. — Ne vient pas, a du garder le lit pour des vertiges, nausées, céphalalgie. Nous allons la soigner chez elle.

10 mars. — Revient à la clinique, la crise subaiguë s'est calmée. L'utérus semble toujours rétrofléchi, et est très dur.

13 mars. — Le sang reparaît. L'utérus est moins dur, de consistance irrégulière, le fond de l'organe semble mou avec quelques points durs.

20 mars. — Le sang s'est arrêté, l'utérus est de nouveau gros et dur. Le fond de l'utérus semble bloqué dans la fosse iliaque droite.

25 mars. — L'utérus se laisse un peu mobiliser après le massage.

10 avril. — Utérus presque réductible, le doigt placé dans le rectum soulève le fond de l'utérus, dont s'est séparé une tumeur pâteuse qui y était accolée.

11 avril. — Règles, l'approche des règles explique la facilité avec laquelle l'utérus a pu être soulevé et presque réduit hier, les douleurs ont disparu depuis le début de mars.

3 mai. — L'utérus a diminué considérablement de volume, il est haut situé maintenant. Ses annexes forment un petit paquet en arrière du fond, on peut les reconnaître car, elles se sont dégagées de l'œdème qui les entourait.

8 mai. — Règles.

1er juin. — Règles en avance.

28 juin. — Règles. La malade complètement guérie cesse de venir.

Observation II

D..., 42 ans, réglée à 18 ans, les règles ont toujours avancé et durent huit jours. Pas d'enfants. Souffre depuis son mariage pendant quatre à cinq jours avant les règles.

Depuis trois mois, à la suite d'une chute, se plaint d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche, douleur qui ne paraîtrait que quand la malade lève les bras ou se baisse. Etat général bon.

23 mars. — Etat local. Utérus antéversé, gros, dur, le ventre est souple. A gauche, tumeur de la grosseur d'une mandarine presque indolore, pâteuse et mobile. Du côté droit, on trouve un ovaire petit, ainsi qu'une trompe qui semble normale. Traitement massage et gymnastique décongestionnante.

6 avril. — La tumeur gauche est grosse comme une noix, bosselée et toujours pâteuse.

13 avril. — Règles venues sans douleurs, en avance de quatre jours.

16 avril. — Règles finies le 15. Durent seulement deux jours; la tumeur a disparu presque complètement pendant cette période.

28 avril. — La tumeur s'est reformée grosse comme une noix.

9 mai. — Règles en avance. Pas de douleurs.

13 mai. — Fin des règles. Douleurs à l'épigastre. Massage de l'estomac.

18 mai. — Quelques élancements dans le côté gauche. Douleur gastrique disparue; de la tumeur s'est dégagée l'ovaire

gros comme une amande et la trompe flexueuse qui l'entoure.

25 mai. — Encore quelques douleurs quand la malade marche, l'utérus est petit, antéversé. La tumeur ne s'est pas reformée, on sent toujours trompe et ovaire distinctement, ils sont l'un et l'autre encore gros.

2 juin. — Règles. La malade ne revient plus au traitement, n'a pas été revue.

Observation III

L..., 24 ans. Réglée à 16 ans, avànces continuelles de quatre à cinq jours.

Mariée à 17 ans, trois grossesses à terme.

En août 1896, la malade va à l'Hôtel-Dieu pour des crises douloureuses abdominales, le Dr B. chirurgien des hôpitaux propose la castration. La malade refuse; reste trois mois à l'hôpital.

Depuis août 1896, règles tous les vingt jours et durant dix jours chaque fois.

25 mars. — Etat général mauvais, malade maigre, débilitée, facies gynécologique, douleur dans tout l'abdomen qui est extrêmement sensible à la moindre pression.

Etat local. — Utérus rétroversé très volumineux, mobile, mais douloureux quand on le déplace.

La paroi abdominale est dure, bien qu'extrêmement mince. Le ventre est creux, on ne peut faire d'examen complet à cause

des douleurs que provoquent l'exploration. Traitement : massage analgésique et gymnastique décongestionnante.

1er avril. — Règles en avance de dix jours, très abondantes dès le premier jour. Douleurs lombaires et abdominales. Insomnies, céphalée, nausées.

5 avril. — Le sang s'arrête, pertes blanches, pas de douleurs de ventre, mais un peu de céphalée.

10 avril. — La paroi abdominale est devenue insensible, la marche est facile, peut reprendre ses occupations habituelles.

17 avril. — Nous reduisons l'utérus, le rectum n'est plus douloureux, la paroi abdominale est souple, on sent derrière l'utérus, à droite, une masse irrégulière semblant formée par plusieurs organes, l'un sinueux, l'autre globuleux, mais intimement unis ensemble. Cette tumeur est douloureuse quand on la comprime.

3 mai. — Les règles qui d'ordinaire avançaient de dix jours sont cette fois en retard.

10 mai. — L'utérus est réduit chaque jour, depuis le 17 avril. La tumeur située derrière l'utérus s'est dissociée, trompe et ovaire se sont séparés.

La malade cesse alors de venir :

1er juin. — Vient parce que les règles n'ont pas paru. Mais elle ne souffre plus, marche et travaille, nous la reprenons en traitement pour réduire son utérus qui est gros et dur.

10 juin. — Etat général très bon. Utérus très mobile, nous considérons la malade comme enceinte et avons l'imprudence de le lui dire. A partir de ce jour elle cesse de venir.

30 juin. — Vient, perdant du sang très abondamment depuis la veille ; état grave, pouls rapide, syncope. Elle sort un mo-

ment de la salle d'attente et va expulser un fœtus de deux mois et demi en faisant un effort pour aller à la selle.

Nous examinons la malade, trouvons un vagin tendu, dur ;

Un utérus gros et ligneux. Elle perd très abondamment.

1er juillet. — Nous allons voir la malade chez elle, état général meilleur. Injections vaginales 3 fois par jour.

22 juillet. — Elle revient au traitement, elle perd d'une façon intermittente. Pas de douleurs. La malade nous dit, ce mot caractéristique : « Des enfants il n'en faut plus » !

23 juillet. — Pas de perte de sang, je tente la réduction par la méthode recto-vagino-abdominale, et l'obtiens à peu près complète.

24 juillet. — Aurait perdu abondamment, je m'abstiens de réduire l'utérus.

28 juillet. — Perd par intervalles. Ne souffre plus, cesse de venir.

Observation IV

B. — Toujours bien réglée depuis l'âge de 16 ans, mariée a 26 ans, avortement de 6 semaines le 23 juin 1896, à partir de ce moment la malade souffre dans le côté gauche. Ses douleurs sont plus vives au moment des règles qui retardent de 8 jours environ à chaque époque.

Le 25 avril 1857. — Retard de 10 jours, douleurs extrêmement vives qui obligent la malade à garder le lit.

19 mai. — Vient consulter car elle perd du sang depuis le 25 avril.

État général. — Névralgies faciales, fièvre 39°5, langue saburrhale, douleurs lombaires et abdominales, nausée, marche impossible nous faisons entrer la malade à la clinique.

État local. — Utérus gros, dur, antéversé fortement, parois vaginales tendues, chaudes, l'utérus est couché sur la paroi vaginale dont il forme la voûte.

Le ventre est dur, tendu, douloureux, nous trouvons, au niveau de la symphyse au-dessus de l'utérus une tumeur grosse comme une œuf, dure et douloureuse à la pression.

Purgation. Huile de ricin 30 grammes, massage léger autour de l'utérus. Gymnastique décongestionnante

25 mai. — Perd encore du sang, le ventre est dur, mais n'est plus douloureux, le paquet intestinal se laisse mobiliser ainsi que la tumeur, constipation. Lavements quotidiens, la malade quitte la clinique, mais reviendra chaque matin.

5 juin. — La tumeur a beaucoup diminué, grosse comme une noix, le ventre s'est assoupli ; l'utérus est toujours fortement antéversé, douleurs du côté gauche, les pertes de sang sont supprimées, douleurs à la miction.

18 juin. — La tumeur qui persiste toujours, coiffant le fond de l'utérus, est pâteuse et a perdu sa netteté de contours, elle est aujourd'hui grosse comme une amande.

Le cul-de-sac de Douglas est empâté et douloureux.

25 juin. — Règles, pas de douleurs.

3 juillet. — Fin des règles, la tumeur a complètement disparu, on trouve à droite de l'utérus une trompe un peu grosse, mobile, se contractant.

5 juillet. — La tumeur ne s'est pas réformée, le ventre est

resté souple. Les ligaments de Douglas et l'isthme de l'utérus sont œdématiés.

8 juillet. — Ventre souple, utérus mobile, la tension vaginale a disparu, pas de pertes de sang, pas de douleurs.

24 juillet. — Les règles sont en retard, pas de mouvements gymnastiques; l'utérus un peu gros, diminue d'un tiers pendant le massage. On sent un peu à droite du fond un cordon dur qui doit être la trompe.

28 juillet. — Pas de règles.

30 juillet. — Pas de règles. Ventre très dur.

4 août. — Aurait eu ses règles en sortant de la Clinique le 30 juillet, elles se seraient prolongées jusqu'au 3 août.

Ventre dur, utérus mobilisable mais douloureux.

7 août. — Ventre souple, utérus mobile, un peu dévié à droite.

Part à la campagne.

6 novembre. — Vient parce qu'elle n'a pas eu ses règles depuis trois mois. Grossesse, état général très bon, doit revenir dans 1 mois pour que nous nous l'examinions à nouveau.

14 novembre. — Nous écrit qu'elle a eu une perte.

Nous allons chez elle, elle avait expulsé un œuf qu'elle nous montre. Perd beaucoup de sang. Injections.

20 novembre. — Ne perd plus, état général bon.

6 décembre. — Revient pour suivre le traitement pendant un mois. Utérus antéversé, gros col mou, petit corps légèrement dévié à droite. Les annexes sont un peu grosses.

8 décembre. — Obligée de s'absenter, n'a pas été revue.

Observation V

L..., 27 ans. Réglée à 13 ans, depuis cette époque ses règles sont toujours venues très régulièrement.

En octobre, sans cause appréciable la malade souffre du ventre, douleurs lombaires et abdominales. Les règles sont très pénibles, pertes blanches dans l'intervalle des règles.

M. Segond voit la malade et propose le 15 janvier de faire l'hystérectomie vaginale, elle préfère essayer de la kinésithérapie.

6 janvier. — Etat général très mauvais, la malade vient courbée en deux, se traînant avec peine, fièvre légère, langue saburrhale.

Etat local. — L'examen est très difficile à faire, le ventre est très douloureux et tendu. L'utérus est gros, immobile, en antérétro-position.

On trouve dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral gauche une masse volumineuse pâteuse, presque fluctuante qui pourrait faire croire à la présence d'une collection liquide. Les annexes ne peuvent être trouvées, on sent à gauche au niveau du pli de l'aine un cordon noueux ressemblant à une chaîne ganglionnaire. Quelle en est la nature ? Massage léger, gymnastique.

18 janvier. — Règles très abondantes douloureuses.

20 janvier. — S'absente pour soigner ses enfants atteints d'angine diphtérique.

7 février. — Etat local extrêmement amélioré, utérus mobile, la tumeur œdémateuse qui occupait le cul-de-sac postérieur a diminué de moitié.

La corde noueuse perçue le premier jour est aujourd'hui molle, souple, on sent derrière elle les ganglions inguinaux.

17 février. — On ne sent plus la corde noueuse perçue au début, il ne reste plus de trace de tumeur.

21 février. — Règles pas douloureuses.

25 février. — Les règles sont terminées, ayant duré 4 jours au lieu de 8 à 10 jours comme précédemment. La tumeur en chapelet n'a pas reparu.

28 février. — Un léger retour de sang, le 26 et le 27. Aujourd'hui rien.

5 mars. — L'état local aussi bien que l'état général est excellent. Ce qu'on prenait pour une chaîne ganglionnaire, n'était qu'un œdème péri-salpingien, on sent aujourd'hui la trompe qui se contracte pendant le massage.

24 mars. — Règles en retard. La trompe diminue tellement pendant le massage que l'on perçoit seulement les petits nœuds durs qui jadis étaient pris pour des ganglions.

La trompe droite est aussi très diminuée.

26 mars. — Ce matin la trompe droite est doublée de volume. Le massage lui rend les dimensions qu'elle avait les jours précédents.

Observation VI

S... 48 ans. 3 grossesses à terme, puis 3 accouchements pré-

maturés à 8 mois. Toujours bien réglée mais toujours abondamment.

Depuis un an perd du sang deux fois par mois. Douleurs lombaires, mais pas de douleurs abdominales.

En janvier 1898 ménorrhagie qui dure 15 jours. Doit garder le lit; quand le sang est arrêté vives douleurs lombo-abdominales qui persistent plus ou moins intenses jusqu'à une nouvelle ménorrhagie le 15 février, elle dure 12 jours.

15 mars. — Etat général mauvais, nervosité très grande, inappétence, céphalée.

Etat local. — Utérus rétrofléchi gros, dur, immobile. Le fond de l'utérus fait saillie dans le rectum, gênant l'introduction du doigt. Les ligaments de Douglas sont épais et durs, contracturés. Les deux trompes prolabées reposent sur les ligaments de Douglas, elles ont le volume d'une petite plume d'oie, sont dures, flexueuses mais pas œdématiées. Nous ne percevons que l'ovaire gauche un peu gros.

Le ventre est dur, ballonné ; la palpation ne fournit aucun renseignement.

Massage abdominale, gymnastique.

20 mars. — L'utérus s'est mobilisé, le fond se laisse soulever, mais la malade souffre toujours quand on cherche à repousser l'utérus en avant. Les ligaments sont toujours gros et contracturés.

25 mars. — Utérus très mobile, la réduction ne peut être faite à cause du ballonnement du ventre qui empêche d'accrocher le fond de l'utérus.

6 avril. — Le ventre s'est assoupli, l'utérus a pu être réduit par le procédé recto-vagino-abdominal, mais la réduction a été un peu douloureuse, les ligaments de Douglas sont devenus

gros pendant la réduction, l'isthme s'est durci et œdématié. Les trompes ont suivi le fond de l'utérus dans son ascension et abandonné leur contact avec les ligaments de Douglas.

8 avril. — L'utérus est resté vertical depuis le 7, mobile ; le ventre est souple, les ligaments de Douglas sont minces et souples, la malade n'a pas souffert. Les règles sont en retard de trois jours. Cette femme nous semble commencer sa ménopause.

10 avril. — Ventre souple, utérus franchement anteversé, les annexes ne sont plus percéptibles, état général très bon.

25 avril. — La malade ne souffre plus des reins depuis vingt jours déjà, elle cesse de venir.

Observation VII

Saison. *Société de médecine pratique*, 1er avril 1875, p. 63.

Le 22 septembre après une marche excessive, suivie d'une journée de fatigue, mais sans autre cause appréciable, M. S..., âgée de 28 ans, mariée et n'ayant jamais eu d'enfants ni fait d'avortements, habituellement mal réglée, commence à ressentir dans la région iliaque droite des douleurs qui devinrent successivement plus violentes et l'obligèrent à se mettre au lit le même jour. Depuis la malade est restée alitée pendant près de 4 mois, la marche et la station debout étant devenues impossibles, uniquement par l'effet de la douleur.

La malade est réglée toutes les six semaines environ et cette

période est précédée ordinairement de douleurs lombo-abdominales quelquefois assez vives pour faire garder le lit pendant un ou deux jours.

Une de ses époques venait de se terminer avant l'apparition de l'affection actuelle, en septembre.

Dès le début jusqu'en décembre, les douleurs n'ont jamais quitté entièrement la patiente. Elles sont revenues par exacerbations variables d'intensité presque chaque jour et surtout à l'approche des règles. Leur caractère ressemblait souvent aux élancements des abcès aigus, douleurs lancinantes s'irradiant dans toute la moitié du ventre, dans la fesse et la cuisse droite, rarement dans tout le membre. La paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque est extrêmement vive, sensibilité tellement grande qu'elle rendait pénible le contact des couvertures. La palpation est presque impossible. La constipation sans être opiniâtre a toujours existé ; par intervalles, envies fréquentes d'uriner.

Il n'y eut pas de fièvre Le toucher vaginal donnait une sensation nette de rénitence dans le cul-de-sac droit, sensation due à une tuméfaction assez prononcée, mais sans fluctuation.

J'avais cru longtemps être en présence d'une ovarite aiguë, mais je voulus essayer du bromure de potassium.

A partir de ce moment, les accès diminuèrent puis disparurent peu à peu, le sommeil devint possible, ce qui avait été rare jusque-là.

Enfin tout symptôme douloureux s'atténua à ce point que la malade put se lever et rester assise, sans pouvoir marcher néanmoins. Cet état dura une quinzaine de jours, puis malgré la continuation du bromure de potassium, aux premiers jours de janvier les douleurs se réveillèrent plus vives que jamais. Elles

ne laissèrent presque plus de repos, le ventre était extrêmement douloureux, cet état devenait inquiétant. On dut avoir recours à l'expérience clinique du Professeur Verneuil qui, après un premier examen rejeta l'idée d'un hématocèle et s'arrêta au diagnostic de névralgie de l'ovaire avec conjection ovarienne intense à chaque époque menstruelle. On appliqua un vésicatoire sur la région et le bromure fut repris.

Depuis le 25 janvier les douleurs n'ont cessé d'aller en diminuant, il n'est pas survenu d'accès, la malade reste levée toute la journée. La marche devient facile, tout porte à croire que le diagnostic de l'habile chirurgien ne devra pas être modifié.

L'intérêt de cette observation me semble résider dans la difficulté du diagnostic et dans son importance. La sensibilité si aiguë du ventre, l'acuité et la longue durée des irradiations douloureuses, leur caractère lancinant, la tuméfaction au toucher vaginal que M. le professeur Verneuil rapporte à l'engorgement ovarien, ce dernier organe pouvant aux époques des règles égaler, dit-il, le volume d'une orange. Cette réunion de signes explique jusqu'à un certain point l'erreur dans laquelle sont tombés quelques confrères et moi, erreur déjà fâcheuse pour le traitement médical mais qui deviendrait déplorable si dans certaines conditions, plus difficiles peut-être, il venait au médecin l'idée de vouloir intervenir plus directement.

Aujourd'hui 31 mai tous les accidents douloureux et fonctionnels ont disparu après l'emploi de l'hydrothérapie, depuis 1 mois joint à l'administration quotidienne de bromure de potassium à la dose de 2 grammes.

L'appétit est revenu ainsi que la marche qui est facile. La pression de l'abdomen ne réveille de douleurs en aucun point ; fait important, les règles régulières ont apparu ces jours-ci

après une période de 30 jours ce qui ne s'était pas montré jusqu'ici.

M. le professeur Verneuil a pu constater la réalité de la guérison et maintenir son diagnostic : congestion ovarique douloureuse.

Observation VIII (Stapfer).

Mme X..., infection gonococcique après le mariage, puerpérale à la suite d'un accouchement datant de sept ou huit ans. Dès lors accidents génitaux chroniques, avec paroxysme périodiques. Malade alitée, sans appétit, ni sommeil, température oscillant entre 38° et 40°, nausées, ventre météorisé, parésie intestinale, vagin brûlant, sec, utérus collé contre la symphyse et adhérent à une tumeur gauche, très dure, grosse comme un poing d'homme; seconde tumeur de consistance pâteuse dans le cul-de-sac postérieur. Traitement entrepris le 9 mai 1895; massages très légers, presque insignifiants en apparence pour commencer. Plus tard, massages toujours légers et courts, puis gymnastique; la malade recouvre l'appétit et le sommeil d'abord, la fièvre tombe, avant sa disparition un sillon se forme entre la tumeur gauche et l'utérus; température normale à partir du 11 juin. Le vagin s'humecte, petite perte blanche, une crête se dessine sur la tumeur gauche, c'est la trompe semblable à une énorme sangsue, mais la tumeur postérieure s'abaisse, se tend, ses parois s'amincissent, sa consistance est fluctuante ou pseudo-fluctuante. Alarmé, malgré l'absence de

pyrexie, malgré l'appétit de la malade, malgré les forces renaissantes, parce que je n'avais pas encore mis la méthode à pareille épreuve, je demandai au Dr Nélaton s'il ne conviendrait pas d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Il consentit à commencer par là en déclarant que l'hystérectomie préférable à l'opération de Laroyenne, s'imposerait probablement en offrant des difficultés à cause de la fixation utérine. On transporta la malade dans une maison de santé où on la fit jeûner suivant l'usage la veille du jour fixé, diète dont elle se plaignait. Pendant la séance de massage — car je ne l'avais pas abandonné — je constatai que la tumeur postérieure était moins tendue et quelques heures plus tard le Dr Nélaton la trouva dépressible. Alors la conversation suivante s'établit entre nous :

— Vous persistez à opérer?

— Certainement. La tumeur postérieure n'a pas d'importance; nous y trouverons je ne sais quoi, peut-être une masse gélatineuse, c'est la tumeur gauche qui nécessite l'hystérectomie; la trompe est à son sommet, pleine de pus; au centre, est d'ovaire, et tout autour, de petits foyers purulents.

Cela me paraît bien shématique, répliquai-je. On ne sent pas tant de choses ; on sent une grosse trompe, peut-être simplement œdémateuse, coiffant comme le cimier d'un casque une tumeur de bois ; j'en ai fait disparaître de semblables. Puisque la tumeur postérieure se modifie, puisque l'amélioration de l'état général s'accuse de plus en plus, rien ne presse ; attendons, et qui sait? cette malade me donnera peut-être une nouvelle démonstration de la puissance du traitement kinésique. Sinon, j'aurai recours à vous, et vous ferez alors, grâce à moi, car je libérerai l'utérus, une opération bien plus facile.

Le Dr Nélaton, sur ces instances, reconnut que rien ne pres-

sait et se sépara de moi en disant : si vous guérissez cette femme vous pouvez vanter votre traitement, il est bon.

Quelques jours plus tard la nature de la tumeur devenue refoulable se révéla. C'était une anse intestinale qui, parésiée pendant les accidents aigus, revenait à l'état physiologique ; et réfléchissez-y, *c'était dans cette anse que je voulais faire donner le premier coup de bistouri.* A partir de ce moment, la malade sortit et vint quotidiennement chez moi. L'utérus se séparant du pubis gagna le centre de l'excavation. La trompe tantôt dure, tantôt molle, diminua ; la tumeur qu'elle coiffait fondit. Il n'en resta bientôt qu'un noyau pour la suppression duquel il fallut autant de mois qu'il avait fallu de semaines pour la disparition de la cellullite aiguë et subaiguë, entée sur cette vieille lésion chronique. Il ne restait en 1896, à la fin du traitement, qu'une induration en nappe du ligament large gauche. Au commencement de 1898, tout dernièrement par conséquent, la malade m'écrivait du Brésil : « depuis des années je ne m'étais portée comme je me porte depuis votre traitement ».

CONCLUSIONS

Les affections génitales de la femme, quelle que soit leur origine, entraînent une infiltration du tissu cellulaire du bassin qui joue un rôle capital en gynécologie (Œdèmes abdomino-pelviens-Stapfer).

Ces infiltrations sur lesquelles les traités de gynécologie sont à peu près muets devraient y tenir une place importante et faire partie du syndrôme génital.

Les œdèmes ont pour origine ou sont entretenus par des troubles de la circulation.

Ils occupent le tissu connectif du département abdomino-pelvien.

On doit considérer les œdèmes fibro-plastiques comme le premier stade de la sclérose, c'est une pré-sclérose.

Une de leurs formes, spéciale aux arthritiques peut se généraliser à toute l'étendue du tissu connectif, interstitiel et sous-cutané.

Les œdèmes développés dans le tissu concjonctif sous-cutané de la paroi abdominale sont souvent pris pour des névralgies de Beau et Valleix ou des zones hystérogènes.

Les œdèmes pelviens peuvent être confondus avec la plupart des tumeurs du petit bassin.

Ils coexistent toujours avec les altérations des organes génitaux de la femme, et ce sont eux qui entretiennent la misère gynécologique.

Les erreurs de diagnostic que l'on commet en les méconnaissant peuvent être des plus graves.

Le palper massage et l'exploration des organes génitaux pendant vingt-huit jours, du début des règles, au commencement des règles suivantes est le seul moyen d'éviter ces grosses erreurs.

La Kinésithérapie est par excellence le traitement des œdèmes abdomino-pelviens.

Vu par le Président de la thèse.
PINARD

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

Imprimerie de la Faculté de médecine de Paris, H. Jouve, 15, rue Racine.